



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

SONIA DA SILVA REIS CASSETTARI

**REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

**FLORIANÓPOLIS
2014**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

SONIA DA SILVA REIS CASSETTARI

**REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), como requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem - Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem. Grupo de Pesquisa: GEPADES. Orientadora: Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

**FLORIANÓPOLIS
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cassettari, Sonia da Silva Reis

Redes de atenção às urgências: atuação do enfermeiro em
unidades de pronto atendimento / Sonia da Silva Reis
Cassettari ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de
Mello - Florianópolis, SC, 2014.

112 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviços Médicos
de Emergência. 4. Assistência Pré-Hospitalar. I. Mello,
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de . II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

SONIA DA SILVA REIS CASSETTARI

**REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 11/12/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:




Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Presidente



Dra. Selma Regina de Andrade
Membro (titular)



Dra. Renata Goulart Castro
Membro (titular)



Dra. Keyla Cristiane do Nascimento
Membro (titular)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por me proporcionar força e paciência para alcançar este objetivo e por sempre me abençoar com o melhor da vida.

A minha mãe querida, **Noeli da Silva**, pelo amor incondicional, por todos os ensinamentos, por sempre acreditar em mim, por todo amor e carinho dedicados à minha pessoa, pelo apoio contínuo e pelo incentivo infinito. Amo você!

Ao meu amado esposo **Patrick Borges Cassettari**, por ser meu companheiro de todas as horas, pelo apoio e incentivo, pela paciência nos momentos de maior estresse, pelo apoio técnico na dissertação e por todo amor e cuidado a mim dedicados. Você sempre estará em meu coração. Amo você!

Aos meus tios **Marlene e Vilmar** por sempre acreditarem em mim e incentivarem-me a correr atrás dos meus sonhos. E aos meus primos queridos **Douglas, Lucas e Marcelo** pelos momentos de risadas e descontração em períodos de tensão e estresse durante o curso.

Aos meus pais de coração **Edna Barbosa El Messane e Georges El Messane**, que sempre serão lembrados nos meus momentos de vitória, pois fazem parte da minha vida de um modo muito especial. Com vocês aprendi a lutar pelos meus sonhos e acreditar que sou capaz. Amo vocês!

À minha querida orientadora **Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello**, que teve toda a paciência em me orientar, estando sempre disponível e aberta a discussões, que me acolheu de forma muito carinhosa e que sempre me tranquilizou nos momentos de angústia. Ana, muito obrigada, pelos ensinamentos e pela parceria!

À Banca Examinadora, **Selma Regina de Andrade, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Renata Goulart Castro, Keyla Cristiane do Nascimento, Kátia Cilene Godinho Bertoncello e Giovana Dornelles Callegaro Higashi** por aceitarem o convite em participar da minha banca de qualificação e/ou banca de sustentação, pelas contribuições para esse trabalho e por todo apoio acadêmico.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC**
– PEN pelo suporte e por proporcionar-me a realização do curso.

Às **professoras do PEN** pelos conhecimentos compartilhados.

À professora **Alacoque Lorenzini Erdmann** por acolher-me de forma carinhosa no GEPADES em 2011 e incentivar-me na realização do mestrado.

Aos membros do **GEPADES** pelas trocas de experiências e compartilhamento de conhecimentos, em especial ao **José Luís Guedes dos Santos** por me guiar no mundo da pesquisa e por todo apoio acadêmico durante esse período.

Aos meus **colegas do mestrado** pelos momentos discussão e crescimento, em especial à **Janara Caroline Ribeiro e Fabiana Cristine dos Santos** pelas parcerias nos trabalhos e companheirismo durante o curso.

Aos **participantes do estudo** por contribuir com minha pesquisa.

À **Secretaria Municipal de Saúde** do município, onde foi desenvolvido o estudo por autorizar a realização do mesmo.

Estendo meus agradecimentos a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

CASSETTARI, Sonia da Silva Reis. Redes de atenção às urgências: atuação do enfermeiro em unidades de pronto atendimento. 2014. 112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos compreender a atuação dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento e suas contribuições para a organização da Rede de Atenção às Urgências. Método: Tratou-se de uma pesquisa descritiva e analítica, com abordagem qualitativa e quantitativa. A coleta de dados foi realizada em duas fases: A primeira, referente aos dados quantitativos, foi realizada com base em fontes secundárias obtidas por meio de informações dos relatórios gerais e gerenciais do Infosaúde, sistema de informação utilizado pelo município de Florianópolis, SC, Brasil, onde foi desenvolvido o estudo. O intervalo de tempo selecionado para a coleta dos relatórios foi de janeiro a dezembro de 2013. A segunda, referente aos dados qualitativos, foi realizada por meio de entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado com 21 enfermeiros vinculados às duas Unidades de Pronto Atendimento no período de março a julho de 2014. Para análise dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva e para os dados qualitativos foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin. Resultados: Os resultados apontam que os usuários utilizam a Unidade de Pronto Atendimento que está mais próxima de sua residência. A demanda é caracterizada, normalmente, por casos ambulatoriais, os quais poderiam ser resolvidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Constatou-se que as Unidades de Pronto Atendimento seguem as legislações vigentes referentes ao componente pré-hospitalar fixo. Evidenciou-se que, embora o enfermeiro não possua autonomia para encaminhar os usuários para outros pontos da rede, é um profissional fundamental para o bom funcionamento do serviço. Ele participa, ativamente, na organização do fluxo dos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento e da realização de ações de coordenação e articulação dos profissionais da unidade. Conclusão: Dessa forma, os resultados mostram a necessidade de ferramentas que orientem o trabalho do enfermeiro nos serviços de pronto atendimento, como a utilização de um protocolo único pelos enfermeiros para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco. O aprimoramento da prática de enfermagem nas Unidades de Pronto Atendimento, por meio do

desenvolvimento de ferramentas, que explorem o seu potencial, fomenta o papel deste profissional como grande articulador da Rede de Urgência e Emergência. Percebe-se, ainda, a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária como ponto de atenção às urgências, como coordenadora da rede e com ferramentas que facilitem o acesso dos usuários na Atenção Primária. Ainda se torna necessário fomentar a educação em saúde com a população, a fim de orientar os usuários quais as funções de cada ponto da rede, quando se deve procurar atendimento na Atenção Primária à Saúde e quando procurar atendimento na Unidade de Pronto atendimento.

Descritores: Serviços de Saúde. Enfermagem. Serviços Médicos de Emergência. Assistência Pré-Hospitalar. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

CASSETTARI, Sonia da Silva Reis. The Networks of Emergency Care: a nursing work in the emergency units. 2014. 112p. Dissertation (Master's Degree in Nursing). Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ABSTRACT

This study is aimed at understanding the performance of nurses in the emergency units and the contributions to the organization of the Network of Emergency Care. Method: A qualitative and quantitative research with a descriptive and analytical approach. The data collection was carried out based on secondary sources of information obtained through general and management accounts of the *Infosaúde*, an information system used by the city of Florianópolis, SC, Brazil, place where the study was developed. The selected time for the collection of the stories was from January to December of 2013. The second period, concerning to the qualitative data was conducted through interviews guided through semi structured script with 21 nurses from two emergency units, in the period from March to June of 2014. For the quantitative data analysis was used descriptive statistics and for the qualitative data was used the technique of content analysis of Bardin. Results: The results show that users use the emergency units that are closest to their residence. The demand is characterized, usually for outpatient cases, which could be solved in the field of Primary Health Care. It was found that the Emergency Units follow existing laws related to the fixed pre hospital component. It was evident that although the nurse does not have autonomy to refer users to other parts of the network, is a fundamental professional for the proper functioning of the service. He participates in organizing the flow of users in the emergency units and in the implementation of the coordination and articulation of the professional unit. Conclusions: The results show the need to implement tools to guide the work of nurses in attendance, also the use of a single protocol by nurses to perform the Reception and Risk Classification. The improvement of nursing practice in the Emergency Units, through the development of tools to explore their potential, promotes the role of the professional as a great articulator of the Urgency and Emergency Network. It still noticeable the need for strengthening primary care and attention point to emergencies, as the coordinator of the network and as tools that facilitate user access in primary care. Even becomes necessary to promote health education to

the population, in order to guide users in the functions of each point in the network, when to seek care in primary health care and when to seek medical assistance in the Emergency Units.

Descriptors: Health Services. Nursing. Emergency Medical Services. Pre hospital Care. Health Services Needs and Demand.

CASSETTARI, Sonia da Silva Reis. Redes de atención a las urgencias: actuación del enfermero en unidades de pronto atendimento. 2014. 112p. Disertación (Maestría en Enfermería). Programa de Post Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender la actuación de los enfermeros en Unidades de Pronto Atendimento y sus contribuciones para la organización de la Red de Atención a las Urgencias. Método: Investigación descriptiva y analítica, con abordaje cualitativa y cuantitativa. La recolección de los datos fue realizada con base en fuentes secundarias obtenidas por medio de informaciones de los relatos generales y gerenciales del *Infosaúde*, sistema de información utilizado por la municipalidad de Florianópolis, SC, Brasil, donde fue desarrollado el estudio. El intervalo del tiempo seleccionado para la recolección de los relatos fue de enero a diciembre de 2013. La segunda, referente a los datos cualitativos, fue realizada por medio de entrevistas guiadas por medio de guion semi estructurado con 21 enfermeros vinculados a las dos Unidades de Pronto Atendimento, en el período de marzo a junio de 2014. Para análisis de los datos cuantitativos fue utilizada la estadística descriptiva y para los datos cualitativos fue utilizada la técnica de Análisis de Contenido de Bardin. Resultados: Los resultados apuntan que los usuarios utilizan la Unidad de Pronto Atendimento que está más próxima de su residencia. La demanda es caracterizada, normalmente por casos ambulatorios, los cuales podrían ser resueltos en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Se constató que las Unidades de Pronto Atendimento siguen las legislaciones vigentes referentes al componente pre hospitalario fijo. Se evidenció que aunque el enfermero no posea autonomía para referir los usuarios para otros puntos de la red, el es un profesional fundamental para el buen funcionamiento del servicio. El participa activamente en la organización del flujo de los usuarios en las unidades de pronto atendimento y en la realización de acciones de coordinación y articulación de los profesionales de la unidad. Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de herramientas que orienten el trabajo del enfermero en los servicios de pronto atendimento, como la utilización de un protocolo único por los enfermeros para la realización de la Recepción con Clasificación de Riesgo. El perfeccionamiento de la práctica de enfermería en las Unidades de Pronto Atendimento, por medio del

desarrollo de herramientas que exploren su potencial, promueve el papel de este profesional como gran articulador de la Red de Urgencia y Emergencia. Se percibe aún, la necesidad de fortalecimiento de la Atención Primaria como punto de atención a las urgencias, como coordinadora de la red y como herramientas que faciliten el acceso de los usuarios en la Atención Primaria. Aún se torna necesario fomentar la educación en salud con la población, con la finalidad de orientar los usuarios en las funciones de cada punto de la red, cuándo se debe procurar la atención en la Atención Primaria en Salud y cuándo procurar atendimento en las Unidades de Pronto Atendimento.

Descriptores: Servicios de Salud. Enfermería. Servicios Médicos de Urgencia. Atención Prehospitalaria. Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ACCR | Acolhimento com Classificação de Risco |
| ABS | Atenção Básica em Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CRAS | Centros de Referência de Assistência Social |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CFE | Conselho Federal de Enfermagem |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIR | Comissão Intergestores Regionais |
| CGSES/DF | Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal |
| COPOM | Central de Operações da Polícia Militar |
| COSEMS | Conselho de Secretarias Municipais de Saúde |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| GEPADES | Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde |
| HP | Hora Plantão |
| IPQ | Instituto de Psiquiatria |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PDRI | Plano Diretor de Regionalização e Investimentos |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNAU | Política Nacional de Atenção às Urgências |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RAU | Rede de Atenção às Urgências |
| RRAS | Redes Regionais de Atenção à Saúde |
| RUE | Rede de Urgência e Emergência |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SAMU | Serviço Móvel de Urgência |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SES/SC | Secretaria de Estado da Saúde/ Santa Catarina. |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

UPA
VE

Unidade de Pronto Atendimento
Vigilância Epidemiológica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Procedência dos usuários das UPAs A e B do município de Florianópolis, por Local de Origem, no período de jan-dez de 201357

Tabela 2- Atendimento de adultos, segundo classificação de risco, das UPAs A e B do município de Florianópolis no período de jan-dez de 201358

Tabela 3 - Motivo do Atendimento por CID das UPAs A e UPA B do município de Florianópolis no período de jan-dez de 201360

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 21 |
| 2 OBJETIVO GERAL | 25 |
| 2.1 Objetivos específicos | 25 |
| 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA | 26 |
| 3.1 Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)..... | 26 |
| 3.2 Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) | 32 |
| 3.3 Unidades de Pronto Atendimento no Brasil | 36 |
| 3.4 Atuação do Enfermeiro em situação de Urgência e Emergência..... | 41 |
| 4 PERCURSO METODOLÓGICO | 45 |
| 4.1 Tipo de estudo | 45 |
| 4.2 Local da Pesquisa | 45 |
| 4.3 Coleta de Dados..... | 46 |
| 4.4 Participantes da Pesquisa – Parte Qualitativa..... | 47 |
| 4.5 Análise dos dados..... | 48 |
| 4.6 Aspectos éticos | 49 |
| 5 RESULTADOS..... | 50 |
| 5.1 Manuscrito 1 – DEMANDA E TIPO DE ATENDIMENTO, REALIZADO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS..... | 51 |
| 5.2 Manuscrito 2 – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS | 66 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 93 |
| REFERÊNCIAS | 96 |
| APÊNDICES..... | 104 |
| APÊNDICE A – Roteiro para entrevista | 105 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ... | 106 |
| ANEXOS | 109 |
| ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 110 |

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, para garantir a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011).

Desde a Constituição Federal (1988), definiu-se que os serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, e que constituíssem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e com participação da comunidade. Dois anos após, a Lei n. 8080 reafirmou as diretrizes para composição de uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde, com a participação da gestão municipal no planejamento, programação e organização (BRASIL, 1988, 1990).

Segundo Mendes (2007), um dos principais objetivos das RAS, é prestar uma assistência de qualidade com foco no usuário. As RAS buscam resultados positivos nos sistemas de saúde como: reduzir a fragmentação da atenção, melhorar a eficiência do sistema, reduzir hospitalizações desnecessárias, reduzir custos e garantir maior satisfação do usuário (OPAS, 2010).

É importante destacar que, para iniciar o processo de estruturação de uma RAS, em uma região, é preciso identificar as necessidades e especificidades de cada área para, posteriormente, estruturar uma rede integrada de ações e serviços de saúde, que possa proporcionar uma assistência continuada e integral aos usuários do sistema (OPAS, 2010).

A Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde (MS), aponta a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde no país e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando ao usuário os princípios de equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 2010).

Sendo assim, para que seja alcançada a integralidade da atenção à saúde no SUS, é preciso estruturar uma rede capaz de atender às necessidades de cada indivíduo ou de determinada população, e que acompanhe a especificidade de cada região do país. Essa rede deve estar articulada entre si, garantindo o atendimento do usuário em todos os níveis de atenção e de complexidade.

Entretanto, não existe um desenho único de RAS capaz de atender a todas as necessidades de saúde de uma população. Sendo assim, necessita-se a criação de redes temáticas, ou seja, redes

específicas, que normatizam a assistência em determinadas áreas da saúde, como por exemplo, as Redes de Atenção às Urgências (RAU), visando ao atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência (MENDES, 2007).

Para isso, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) definiu a criação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais que atenda às situações de urgência, seja qual for o nível de complexidade, com o intuito de eliminar a exclusividade de atendimento nos prontos-socorros hospitalares, pois o preconizado é que o atendimento de urgências de baixa gravidade seja realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2006).

Em 2011, o Ministério da Saúde aprovou a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), que deve ser articulada com todas as RASs no Brasil. Com essa medida, objetivou-se ampliar e qualificar o acesso ágil, integral e humanizado dos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Atualmente, a RUE no Brasil é integrada por: Atenção Básica em Saúde (ABS), Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs), Componente Hospitalar, Atenção domiciliar, promoção, prevenção, vigilância à Saúde e à Força Nacional de Saúde do SUS (BRASIL, 2011b). Cada componente da RUE tem suas atribuições definidas em suas legislações específicas.

Nessa linha de raciocínio, as Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências são componentes da RUE e são definidas como um serviço de estrutura intermediária entre a ABS e a rede hospitalar, com as funções de atender às urgências de menor complexidade, como rede de apoio a ABS, atender à população aos finais de semana e à noite, quando as UBS estão fechadas, reduzir a demanda nos hospitais e, ainda, articular-se com unidades hospitalares ou unidades de apoio construindo fluxos de referência e contra referência (BRASIL, 2011b).

As UPAs surgiram, no Brasil, como proposta da PNAU, que buscou estruturar a RUE no país, com o objetivo de integrar-se à atenção às urgências. A primeira UPA do município de Florianópolis foi inaugurada em 2008. No ano seguinte, foi inaugurada a segunda UPA no município, seguindo a PNAU, ou seja, funcionando 24 horas do dia, sem interrupção, incluindo finais de semanas e feriados.

Especificamente, o componente pré-hospitalar fixo, ou seja, as UPAs, funcionam 24 horas ininterruptas e têm como objetivo principal o acesso imediato ao serviço de saúde em casos de urgência,

contribuindo para a organização das redes de atenção integral às urgências no Brasil e atende aos usuários com quadros patológicos agudos ou crônicos, com ou sem risco de vida (GEHLEN, 2012).

As UPAs devem articular-se com as UBS, SAMU, rede hospitalar, rede de apoio diagnóstico, terapêutico e os demais serviços que compõe a RAS. Caso necessite, a UPA deve encaminhar o usuário para os serviços de referência, de acordo com a complexidade do caso, com o auxílio da central de regulação das urgências (BRASIL, 2011b). Essa articulação faz-se necessária para garantir o atendimento integral ao usuário, dispondo esse de todos os pontos da rede para atender às suas necessidades.

O atendimento às urgências, no Brasil, apresenta deficiências estruturais como o acesso, dificultado, em vários níveis de atenção, número de leitos especializados insuficientes, canais de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde (MACHADO; SALVADOR; O'DWYEN, 2011). Para Garlet et al. (2009, p.271), “a crise dos serviços de urgências está relacionada aos desequilíbrios do sistema de saúde, sendo que os serviços de urgência e emergência transformam-se em porta de entrada para os mais variados problemas de saúde”.

Sob esse aspecto, Marques e Lima (2007), reforçam que a oferta reduzida de serviços faz com que o usuário procure atendimento em locais com maior facilidade de acesso e rapidez na resolução do seu problema como, por exemplo, as UPAs e emergências hospitalares.

Dessa forma, os serviços de urgência e emergência no Brasil apresentam superlotação, isso ocorre, pois a maioria da população não tem acesso regular a um serviço de saúde, utilizando os serviços de emergência para atendimentos de problemas crônicos. Esse fator, somado à falta de leitos para internação na rede pública e o aumento da longevidade da população, resulta em superlotação das unidades de urgência/emergência para atendimentos relacionados a doenças crônicas ou em situações em que pouco se tem a fazer (SIQUEIRA, 2010).

Cabe ressaltar a importância de estabelecer-se uma rede de conversações/articulação entre os níveis de atenção, integrando os serviços, complementando-os, a fim de viabilizar a integralidade do cuidado ao usuário (BARROS; SÁ, 2010).

Nesse cenário, compete, em especial, aos enfermeiros, como responsáveis pela coordenação da equipe de enfermagem e pela gerência do cuidado de enfermagem, buscar meios para garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais e de infraestrutura que permitam à equipe atuar no atendimento emergencial, visualizando as necessidades

do usuário, conciliando os objetivos organizacionais da instituição e os objetivos da equipe multidisciplinar (SANTOS et al., 2009).

Para Gehlen (2012), o destaque dado ao trabalho do enfermeiro no campo das urgências ocorre pelo avanço do profissional muito no que diz respeito à sua atuação, ocupando papel fundamental na produção do cuidado de enfermagem e na organização do trabalho. Os profissionais, que trabalham em unidades de atendimento às urgências e emergências, devem possuir um grande conhecimento, autocontrole e eficiência, a fim de não cometerem erros, pois trabalham o tempo todo com o inesperado, tendo que tomar decisões rápidas e, muitas vezes, sem planejamento prévio (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

São escassos os estudos sobre o componente pré-hospitalar fixo e, apesar das mudanças estruturais no modelo de organização do sistema de saúde brasileiro e da formulação de políticas específicas na área de urgências, ainda há muito que se mudar para garantir o atendimento integral ao usuário, de forma regionalizada, hierarquizada e regulada. Para Santos e Andrade (2011a), somente com uma rede de serviços será possível garantir a integralidade da atenção à saúde.

O interesse pelo estudo surgiu após iniciar minha participação no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no ano de 2011. No GEPADES participei de um projeto de pesquisa, que explorou a gerência do Cuidado do Enfermeiro nas UPAs, esse contribuiu para a escolha do tema da pesquisa. Além disso, como enfermeira em uma unidade de média complexidade municipal, surgiu o interesse em desenvolver a pesquisa em UPAs, justamente por fazer parte da RUE e pelo contato próximo a minha realidade diária de trabalho.

Assim, considerando que as UPAs constituem-se em um campo de atuação profissional, relativamente, recente para os enfermeiros e a importância da estruturação da RAS, para a gerência do cuidado no trabalho desses profissionais e para a integralidade do cuidado, apresenta-se a seguinte **questão de pesquisa**: Como se dá a atuação dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento para organização da Rede de Atenção às Urgências?

2 OBJETIVO GERAL

Compreender a atuação dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento e suas contribuições para a organização da Rede de Atenção às Urgências.

2.1 Objetivos específicos

- Conhecer a atuação do enfermeiro em Unidades de Pronto Atendimento para organização da Rede de Atenção às Urgências.
- Caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento, realizado em Unidades de Pronto Atendimento de uma Capital do Sul do Brasil no ano de 2013.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Diante do cenário exposto, faz-se necessária uma revisão bibliográfica, que contextualize a RAU como parte integrante da RAS. Serão apresentados aspectos referentes à temática, buscando maior compreensão e embasamento científico sobre o tema em questão.

Sendo assim, a revisão bibliográfica contempla os seguintes tópicos: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde; Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde; Unidades de Pronto Atendimento no Brasil; e Atuação do Enfermeiro em situação de Urgência e Emergência.

3.1 Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

De acordo com o Artigo 198 da Constituição Federal (1988), as ações e serviços públicos de saúde devem estar dispostos em redes regionalizadas e hierarquizadas, seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A RAS “é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território [...]” (SANTOS; ANDRADE, 2011b, p.37).

Para Santos (2011), rede não é apenas o agrupamento de serviços ou organizações, são necessários elementos, que estabeleçam sentido ao entrelaçamento de ações e processos, é preciso garantir institucionalidade, organicidade à rede, e governança com o fim de potencializar seus recursos e meios.

A RAS pode ser definida como sendo:

A interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de governança e elementos técnico-sanitários e organizacionais, que permitam uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana” (SANTOS; ANDRADE, 2011b, p. 40).

De acordo com a Portaria nº 4.279, a RAS é um arranjo de serviços de saúde, integrados por meio de sistemas de apoio, logístico e de gestão, que busca alcançar a integralidade, a responsabilidade, a humanização e a qualidade do cuidado no SUS. Para atender à população de maneira integral, o sistema deve oferecer assistência em diferentes níveis de atenção: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência (BRASIL, 2010).

O principal objetivo da RAS deve ser prestar assistência integral em saúde aos usuários do SUS, contemplando todos os níveis de complexidade, e os níveis de atenção à mesma. Para isso, é necessário o estabelecimento de uma rede fortalecida, amplamente articulada, e capaz de reconhecer as necessidades em saúde da população sob sua responsabilidade sanitária.

Com o intuito de normatizar a RAS no Brasil, a Portaria nº 4.279 estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS e defende que a Atenção Primária em Saúde (APS) deve ser a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, assim a assistência torna-se mais eficaz e evita a desfragmentação do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Mendes (2011), após estudar inúmeros conceitos de RAS, apresentou os conteúdos dos serviços de saúde delas:

Apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam, constantemente, seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2011, p.82).

As RAS possuem inúmeras funções, as quais se destacam: definir a porta de entrada na rede; ordenar o acesso por ordem cronológica e de risco; atender às necessidades dos usuários; integrar os sistemas de informação, criar hierarquia de complexidade e organizar o sistema de referência e contrarreferência (SANTOS; ANDRADE, 2011a).

As principais características para descrição de uma RAS são: Amplitude, que se refere aos tipos e números de serviços ofertados por determinada rede; Profundidade refere-se ao número de unidades que compõe a referida rede; Nível de produção interna, que é a relação de serviços prestados pela própria rede e serviços contratados; e, por último, a Liderança que se refere à constituição e gestão da rede, por quem aquela rede é liderada (MENDES, 2007).

É importante que a RAS seja concisa, articulada e sem grau de importância entre os pontos da rede, que a APS não seja mais ou menos importante que a atenção secundária e terciária em saúde, pois possuem funções e objetivos diferentes, com o intuito final de prestar assistência integral ao usuário do SUS. Na RAS é necessário destacar que a APS deve ser a porta de entrada do usuário, que o vínculo seja estabelecido com sua Equipe de Saúde da Família (ESF), e que o usuário busque atendimento, primeiro, em sua UBS.

Sendo assim, além das características básicas, são necessários três elementos para a constituição da RAS: População definida, Estrutura operacional e Modelo de atenção. A população definida é aquela população sob responsabilidade de uma rede, que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) e torna-se essencial a definição da população para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria nº 4.279 (2010), a Estrutura Operacional da RAS é composta pelos diferentes pontos de atenção à saúde e pelas ligações que os comunicam, são eles: Atenção Primária em Saúde, Atenção Secundária e Terciária, Sistemas de Apoio, Sistemas Logístico e o Sistema de Governança. E, por fim, o Modelo de Atenção:

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico, que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de

intervenções sanitárias, definido em função da visão, prevalente, da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010, p.17).

Dentro dessa perspectiva, a modelagem das RASs na atenção primária, secundária e terciária deve apresentar a seguinte configuração: definição dos serviços prestados em cada ponto da rede seja, na atenção primária, secundária ou terciária; definição da carteira de serviços para cada nível de atenção; a elaboração dos protocolos clínicos dos serviços oferecidos através da carteira de serviços; e, por fim, a programação das atividades definidas em cada nível de atenção. (MENDES, 2007).

As RASs são constituídas pelo sistema de apoio, composto pelo Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e o Sistema de Assistência Farmacêutica. A modelagem da rede de apoio configura-se da seguinte forma: integração horizontal sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; a definição da carteira de serviços oferecidos pela rede de apoio; elaboração dos protocolos clínicos da rede de apoio e a programação dos sistemas de apoio. Ainda, constituindo a rede, temos a modelagem dos sistemas logístico nas RAS, que são compostos basicamente por: cartão dos usuários, prontuário eletrônico único, sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e sistemas de transportes sanitários (MENDES, 2007).

Para finalizar e constituir integralmente a RAS, Mendes (2007) define como deve ser constituída a modelagem dos Sistemas de Governança das RAS:

Modelagem Institucional: trata-se da gestão da RAS e são propostos alguns requisitos básicos como: a responsabilidade de governança de toda a rede; a responsabilidade com a população adscrita à RAS; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS (MENDES, 2007).

Modelagem do Sistema Gerencial: deve atuar por meio de sistemas eficazes como o sistema de acreditação, o planejamento estratégico, os contratos de gestão e o sistema de avaliação.

Modelagem do Sistema de Financiamento:

Um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das redes de atenção à saúde para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção é o sistema de

incentivos financeiros aos prestadores, aos serviços e aos profissionais. Somente se logrará enfrentar os problemas sanitários no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - a essência das redes de atenção à saúde - alinharem-se os incentivos econômicos com os objetivos dessas redes. De nada adiantará fazer um discurso sobre a importância das medidas de promoção da saúde e da prevenção das doenças, se os incentivos econômicos estão dirigidos a remunerar os serviços por procedimentos, segundo suas respectivas densidades tecnológicas (MENDES, 2007, p. 39).

No Brasil, as legislações referentes à RAS vêm evoluindo significativamente. Houve o desenvolvimento do processo de normatização das RAS, com pré-requisitos de composição de rede, de atribuições da rede em saúde e de cada ponto da mesma, definições de modelos de atenção à saúde, responsabilidade gerencial e financeira de cada esfera de governo, sendo esses oficializados por inúmeras legislações específicas referentes à RAS no país.

Para Mendes (2011), uma APS de qualidade deve ser constituída através de sete atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. O primeiro contato refere-se ao acesso, ao qual o usuário tem na APS, sempre que procura atenção à saúde. A longitudinalidade caracteriza o cuidado ao usuário e família ao longo do tempo. A integralidade diz respeito ao cuidado integral ao usuário, perpassando por todas as áreas de conhecimento. A coordenação visa garantir a continuidade do cuidado. A focalização na família significa entender a família como sujeito e perceber as necessidades integrais de saúde desse sujeito. A orientação comunitária implica reconhecer as necessidades de saúde das famílias através do contexto social, econômico, cultural e físico. E, por fim, a competência cultural, que representa o respeito, os quais as equipes de saúde devem ter com os usuários e a família com relação à singularidade cultural.

Segundo Lavras (2011), o SUS, assim como sistemas de saúde em outros países, apresenta-se como um sistema fragmentado, dificultando o acesso e gerando descontinuidade assistencial e comprometendo a integralidade do cuidado. As doenças crônicas estão predominando e não podem ser enfrentadas por um sistema

fragmentado, que está voltado para as doenças agudas, com respostas reativas e sem participação das pessoas no autocuidado (OPAS, 2010).

A quase unanimidade expressa-se, também, no entendimento, que instituições e estudiosos têm tido sobre a importância da APS como organizadora das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RRAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia (LAVRAS, 2011).

É preciso fortalecer a APS através de ferramentas e mecanismos, que auxiliem na absorção da demanda em saúde, que facilite o acesso aos usuários na APS, que proporcione o acolhimento qualificado ao usuário de seu território e que proporcione o estabelecimento de vínculo entre o usuário e sua ESF, para que a APS seja a porta de entrada da RAS.

Para o efetivo gerenciamento da RAS, é necessária a utilização de processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação. No primeiro processo, o de territorialização é traduzido em Planos Diretores de Regionalização, que definem os diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das RASs. Através do planejamento estratégico, as RASs são institucionalizadas, com características próprias e participação das três esferas de gestão. Para efetivar as ações das RASs, torna-se necessário contratualizar prestadores de serviços, que formem a RASs de maneira a atender todas as necessidades da população, gerando contratos com direitos e obrigações de ambas as partes (MENDES, 2011).

O monitoramento das RASs tem a finalidade de melhorar a qualidade do serviço prestado, é uma ação interna realizada por todos que estão envolvidos diretamente no processo organizativo das instituições. Já, em relação à avaliação das RASs, essa tem a finalidade de intervenção, avalia e compara os resultados esperados com os resultados obtidos, é um processo realizado internamente e externamente, que reflete em intervenções sempre que necessário. E, por último, nesse processo de gerenciamento das RASs, temos o sistema de acreditação, como sendo um processo contínuo que visa melhorar a qualidade da atenção à saúde e à proteção da população, e exige que os serviços, além de terem acreditação superior de qualidade, sejam articulados entre si, proporcionando atenção à saúde de qualidade e, dessa forma, contribua para a população (MENDES, 2011).

É de extrema importância o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da RAS. No planejamento, é possível

desenhar a RAS específica para o seu território, respeitando as necessidades em saúde dos usuários e as características regionais; e, nas etapas de monitoramento e avaliação da RAS, é possível realizar intervenções, sempre que necessário, com o objetivo de melhorar os serviços e assistência oferecidos aos usuários do SUS.

No entanto, torna-se importante fortalecer a APS como ordenadora do cuidado e como porta de entrada para os serviços de saúde, facilitando o acesso aos usuários em suas UBS, através do acolhimento por uma equipe qualificada, aumentando a resolubilidade dos problemas apresentados pelos usuários.

3.2 Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)

A organização da atenção às situações de urgência em saúde, no Brasil, teve início em 1995, a partir do lançamento da Resolução nº 1.451, que definiu a estrutura de prontos-socorros públicos e privados para prestação de atendimento em situações de urgência e emergência.

Em 2006, foi criada a PNAU pelo MS, com o objetivo de normatizar o atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco/obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as causas externas de forma a garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao usuário no Brasil (BRASIL, 2006).

Posteriormente, em 2008, foi publicada a Portaria nº 2.922, que estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente “Organização de redes locais de atenção integral às urgências” da PNAU, através do fortalecimento e implantação de UPAs e Salas de Estabilização em regiões estratégicas (bem localizadas, de acordo com a distribuição populacional) para compor a referida rede.

Em 2011, houve avanços no cenário das urgências e emergência no Brasil, nesse ano foi publicada a resolução nº 443, que aprova a conformação da RUE e a criação da Força Nacional de Saúde do SUS. No mesmo ano de 2011, foi publicada a Portaria nº 1.600, que reformula a PNAU e institui a RAU no SUS.

Dessa forma, houve avanços significativos nas situações de urgência e emergência no Brasil, através das legislações do ministério da saúde. Em 2006, com a criação da PNAU, normatizando os atendimentos de urgência e emergência no país, em 2008, surgem as UPAs e salas de estabilização no SUS, e, por fim, 2011, com a instituição da RAU no SUS. A RAU surge como uma rede temática,

capaz de proporcionar atendimento de urgência e emergência, de forma ágil e resolutive aos usuários do SUS.

As RASs não atendem a todas as necessidades da população, sendo necessário criar redes temáticas, então, dentro das RASs temos os Modelos de Atenção às Condições Agudas, que procuram identificar o grau de gravidade, no menor período de tempo, e o ponto da rede que o usuário deve ser atendido. Para isso faz-se necessária a utilização de uma triagem com classificação de risco na atenção às urgências e emergências (MENDES, 2011).

De acordo com a PNAU, as redes locais de atenção integral às urgências devem conter o componente Pré-Hospitalar Fixo, compreendendo as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências; componente pré-hospitalar móvel, compreendendo o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e serviços associados de resgate e salvamento; componente hospitalar e componente pós-hospitalar, compreendendo as modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária (BRASIL, 2006).

Os componentes da RAU, definidos pela PNAU, foram pensados e desenhados de forma a conseguir atender a todas as necessidades de urgência e emergência dos usuários do SUS. Essa composição permite que o usuário tenha sua necessidade atendida e resolvida de forma mais ágil, pois os componentes da RAU desempenham atividades distintas, com objetivos específicos e com atividades exclusivas de cada ponto da rede, porém todos os pontos têm o objetivo primordial de manutenção da vida.

Seguindo a lógica dos Modelos de Atenção à Saúde, nas situações crônicas de saúde, a APS é a ordenadora da atenção, posicionando-se no centro da rede, organizando o fluxo dos usuários pelas RASs, já nas situações agudas, a APS passa do centro das redes para a ponta, passando a constituir um ponto da RAU. Nos Casos de Urgência e Emergência, é o Complexo Regulador que organiza/coordena o fluxo dos usuários, passando esse a ficar no centro da rede (MENDES, 2011).

O Complexo Regulador faz parte do SAMU, sendo uma estrutura física, operacionalizada por profissionais médicos, telefonistas, auxiliares de regulação e rádio-operadores qualificados para atender chamadas telefônicas, que demandam orientações e/ou atendimento de

urgência. O complexo utiliza uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da RAS (BRASIL, 2013b).

Para Mendes (2012), o modelo de atenção em situações agudas deve ser construído de forma que permita identificar a gravidade do usuário e definir em qual ponto da rede deverá ser atendido, se na atenção primária, secundária ou terciária. A APS deve compor a RAU, atendendo e resolvendo as urgências menores e fazendo o primeiro atendimento das urgências maiores, encaminhando-as para outro ponto da rede, se necessário.

De acordo com a Portaria nº 1.600, as principais Diretrizes das RAU são: Ampliar o acesso à população aos serviços de saúde, em todos os pontos da rede, contemplar classificação de risco e favorecer intervenções adequadas nos diferentes agravos; Garantir a universalidade, integralidade e equidade nos atendimentos de urgência, seja qual for sua natureza; Regionalização da assistência, articulação e integração da rede; Garantir a humanização da assistência; Implantar um modelo multiprofissional; Definir as RAS de acordo com a necessidade de sua população, estudando as necessidades específicas de cada território; Monitorar a qualidade dos serviços da rede; Participação do controle social sobre os serviços; Elaboração de mapas de riscos regionais e locais e da utilização de protocolos de prevenção, atenção e redução dos eventos; Qualificação da assistência através da educação permanente (BRASIL, 2011b).

No entanto, para a implantação da RAU, é necessária uma sequência de operacionalização da mesma, que é composta por três fases distintas e sequenciais. A primeira fase é a Fase de Adesão e o Diagnóstico, onde ocorre a apresentação da RAU nos Estados e Distrito Federal. É realizado o diagnóstico e definido qual será a região inicial para implantação da RAU na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); Instituir um Grupo Condutor Estadual da RAU, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Esse grupo condutor da Rede Estadual da RAU tem como funções: Motivar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; Apoiar a organização dos processos de trabalho para a implantação da rede; Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e Monitorar/avaliar o processo de implantação e implementação da rede (BRASIL, 2011b).

A fase de Adesão e Diagnóstico é fundamental no desenho de uma RAU, que respeite as características/particularidades de cada região e as necessidades de sua população. Não existe um modelo pronto e único de RAU, é necessário que cada região realize o seu diagnóstico, para somente depois estabelecer uma rede coerente, concisa, que atenda às necessidades daquela região.

Seguindo a linha de raciocínio, a segunda fase de operacionalização da RAU é a Fase do Desenho Regional da Rede, onde ocorre a análise da situação dos serviços de urgência pela Comissão Intergestores Regionais (CIR) e pelo CGSES/DF com apoio da Secretaria de Saúde; Elaboração da proposta do Plano de Ação Regional, com o desenho de proposta para a RAU; Aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e, por último, a elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional (BRASIL, 2011b).

Para finalizar, a operacionalização da RAU, a terceira fase é a Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção, onde é realizada a contratualização dos pontos da RUE; Instituição de um grupo condutor municipal com o apoio da SES; Qualificação dos pontos da Rede; e finalizando, a certificação concedida pelo MS aos gestores do SUS após a etapa de qualificação dos componentes da RAU (BRASIL, 2011b).

Para Garlet et al. (2009), é necessário conhecer a estrutura dos serviços de urgência e emergência e estabelecer a RAU, com grades de referência e contrareferência efetivamente pactuadas, com definição de corresponsabilidades, de modo a corrigir as distorções ainda existentes nas portas de entrada do sistema. Para se alcançar um sistema integrado de atenção às urgências, é preciso maior investimento público nos diversos setores que compõe a RAU, que favoreça maior articulação dos serviços em seus territórios e um efetivo mecanismo de regulação pública (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Frente ao exposto, percebe-se a importância da organização da RAU para a RAS como um todo, e, nesse sentido, o Brasil avançou muito no que diz respeito à atenção em situações agudas, através da criação e complementação de legislações específicas, com a efetiva implantação da PNAU, com maior investimento e atenção destinada ao setor de urgência e emergência, com a reestruturação dos serviços já existentes, e com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nos serviços de urgência e emergência.

Assim, ao falar sobre a implantação de RAS no SUS, pensa-se na estruturação e efetivação do cuidado integral ao usuário do SUS. A

partir da RAU, as UPAS devem fazer parte de uma rede estruturada em seus municípios, onde a APS e os serviços de urgência e emergência sejam integrados, compartilhem informações e proporcionem continuidade na assistência ao usuário do SUS.

3.3 Unidades de Pronto Atendimento no Brasil

Para contextualizar o cenário, onde será desenvolvida a pesquisa, é necessário fazer uma breve revisão referente ao atendimento pré-hospitalar fixo, ou seja, as UPAs no Brasil, pois fazem parte da composição da RAU.

Em 2002, através da Portaria nº 2.048, foi definido o atendimento pré-hospitalar fixo como sendo a primeira assistência ofertada ao usuário em casos de quadros agudos, traumas e quadros psiquiátricos, que possam levar o mesmo à morte ou sequelas, visando proporcionar um atendimento e/ou transporte adequados para rede referenciada, hierarquizada, regulada e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência quando necessário (BRASIL, 2002).

Essa mesma portaria definiu as missões das UPAs, sendo elas: Atender aos quadros agudos; Servir de retaguarda para atenção básica, especialmente, à noite, finais de semana e feriados; Descentralizar o atendimento de quadros agudos de média complexidade; Desafogar as emergências hospitalares; Servir de local de estabilização de pacientes críticos; Ser composta por uma equipe interdisciplinar; Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com os demais pontos da rede; e Ser observatório do sistema e da saúde da população, favorecendo o desenvolvimento de estudos (BRASIL, 2002).

Posteriormente, a Portaria nº 1.600, também, apresentou e reforçou os objetivos das UPAs em todo o território nacional: prestar atendimento resolutivo e de qualidade aos pacientes com quadros agudos, prestar o primeiro atendimento aos casos de urgência e emergência, estabilizar o paciente, iniciar a investigação diagnóstica e encaminhar aos serviços hospitalares de maior complexidade sempre que necessário (BRASIL, 2011b).

Em 2013, a Portaria nº 342 redefiniu as competências das UPAs, no conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares da RUE, são elas: Acolher os usuários 24 horas por dia; Prestar o primeiro

atendimento aos casos agudos, casos cirúrgicos e de trauma, estabilizar o paciente, iniciar investigação diagnóstica, e encaminhar aos serviços hospitalares quando houver necessidade; Fornecer retaguarda para atenção básica, especialmente à noite, finais de semana e feriados; Funcionar como local de estabilização de pacientes; Realizar consulta médica, procedimentos médicos e de enfermagem, prestar apoio diagnóstico e terapêutico adequados à demanda dos usuários, incluindo feriados e pontos facultativos; Manter pacientes em observação, e favorecer o encaminhamento/contrarreferenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado e solicitar retaguarda do SAMU (BRASIL, 2013a).

Em 2014, a portaria nº 342 teve alguns artigos e incisos alterados pela portaria nº 104, a qual traz em seu inciso II do artigo 7º a seguinte competência das UPAS como integrante da RUE: articular-se com a ABS, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região (BRASIL, 2014a).

O incentivo financeiro para novas UPAs favorece a ampliação da capacidade de atendimento de urgência e emergência no território, onde será instalada; e, no caso das UPAs ampliadas, o recurso financeiro proporciona aumento e melhorias na área física, melhorias nos recursos humanos, nos equipamentos e nos mobiliários, o que resulta em um aumento da capacidade de atendimento e uma assistência mais qualificada e humanizada ao usuário do SUS.

As UPAs devem ser instaladas em locais estratégicos para compor a RAU, devem trabalhar com a lógica do ACCR e trabalhar durante as 24 horas do dia sem interrupção da assistência à população.

A classificação de risco é uma ferramenta que tem os seguintes objetivos: Organizar a fila de espera; Garantir atendimento imediato do usuário com maior grau de risco; Orientar o usuário, sem gravidade, o tempo de espera pelo atendimento médico; Promover trabalho em equipe; Aumentar a satisfação dos usuários; estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento ao usuário (BRASIL, 2009).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), recentemente, publicou a resolução nº 2.077 definindo a obrigatoriedade da implantação de um sistema de classificação de risco em todos os serviços hospitalares de urgência e emergência, e que essa seja realizada por profissional médico ou enfermeiro qualificado. A mesma resolução

determina que os usuários, classificados por enfermeiros, não podem ser liberados ou encaminhados para outro ponto da rede sem passar por consulta médica (BRASIL, 2014b).

A resolução nº 443 do Conselho Federal de Enfermagem (CFE), estabeleceu que, “no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão” (BRASIL, 2012). A mesma resolução ressalta que, para a realização da classificação de risco, o enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades, que garantam rigor técnico científico ao procedimento.

O processo de ACCR, nas unidades de urgência e emergência, organiza a ordem de atendimento de acordo com o grau de risco de cada usuário, porém, por se tratar de uma “porta aberta” de urgência e emergência, o profissional deve estar habilitado tecnicamente para reconhecer, rapidamente, os casos mais graves; seguindo os princípios da agilidade e resolubilidade.

Em relação ao porte das UPAs, elas podem ser classificadas em Porte I, II ou III. Os critérios para classificação são: População da Área de Abrangência da UPA, Área Física Mínima, Número de atendimentos Médicos nas 24 horas, Número Mínimo de Médicos por Plantão, Número Mínimo de Leitos de Observação (BRASIL, 2014a).

Para que a UPA seja classificada como Porte I, ela deve ter: 50.000 a 100.000 habitantes como população da área de abrangência da UPA, no mínimo 700 m² de área física, até 150 pacientes atendidos pelo médico nas 24 horas, mínimo de 02 (dois) médicos por plantão e no mínimo 07 (sete) leitos de observação. A UPA porte II deve ter: 100.001 a 200.000 habitantes como população da área de abrangência da UPA, no mínimo 1.000 m² de área física, até 300 pacientes atendidos pelo médico nas 24 horas, mínimo de 04 (quatro) médicos por plantão e no mínimo 11 (onze) leitos de observação. E, por fim, a UPA Porte III deve ter: 200.001 a 300.000 habitantes como população da área de abrangência da UPA, no mínimo 1.300 m² de área física, até 450 pacientes, atendidos pelo médico nas 24 horas, mínimo de 06 (seis) médicos por plantão e no mínimo 15 (quinze) leitos de observação (BRASIL, 2014a).

Em relação à equipe multidisciplinar, as UPAs devem contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador, médico clínico-geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. Poderão

contar, ainda, com outros profissionais, como: assistente social, cirurgião dentista, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros, de acordo com a necessidade de saúde da população e interesse dos gestores locais (BRASIL, 2002).

Devido à necessidade de agilidade no atendimento e resolubilidade, por parte da equipe multiprofissional, nos serviços de urgência e emergência, é necessário que a equipe tenha um bom relacionamento, que os profissionais facilitem o acesso aos demais membros da equipe, que a comunicação seja efetiva, e que ocorra troca de informações e de experiências entre os profissionais. Todas essas estratégias resultaram em agilidade no atendimento ao usuário, maior resolubilidade, qualificação na assistência oferecida e organização do processo de trabalho.

No entanto, os serviços de urgência e emergência apresentam superlotação, e muitos usuários, que buscam atendimentos nessas unidades, não apresentam quadros compatíveis com urgência e emergência. O aumento da demanda espontânea, de casos que poderiam ter atendimento na APS, somado ao estresse do serviço de urgência e emergência, muitas vezes, gera sobrecarga à equipe de saúde.

As UPAs realizam atendimentos, que não são de sua responsabilidade, absorvendo uma demanda de usuários, que poderiam ser atendidos em outro ponto da rede. Vários são os fatores que lotam as unidades de prontos-socorros com usuários que poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS. Essa lotação consome tempo, recursos humanos, equipamentos e produz gastos financeiros, que deveriam ser gastos com pacientes em situações de urgência e emergência (SALLUM, 2010).

Para Gomide, Pinto e Figueiredo (2012), as UPAs, também, compreendem uma porta de entrada no sistema de saúde, pois acolhem os usuários não só em casos de urgências, mas também naqueles que não foram atendidos nas UBS ou em outras unidades especializadas. Os motivos dessas procuras, entre outros, são: falta de vínculo, acesso reduzido e cuidado não resolutivo e/ou integral na UBS.

Para Ohara, Melo e Laus (2010), as unidades de prontos-socorros devem atender, de maneira rápida, aos casos de urgência, pois, nesses casos, os usuários não correm risco de morte imediata. Devem atender, de forma rápida, aos casos de emergência, onde o usuário corre risco de morte imediata, e, por essa razão, deve ter atendimento imediato, com objetivo maior de manutenção da vida. Para os autores, essas unidades acabam representando porta de entrada para usuários

com queixas crônicas e sociais, que deveriam ser resolvidas em outro ponto da rede.

Nessa mesma linha de raciocínio, estudo; realizado em UPAs em uma capital do Sul do Brasil, apontou que elas estão-se transformando em grandes ambulatorios, que a demanda de usuários daquelas unidades são, na maioria das vezes, situações que poderiam ser resolvidas em UBS, reforçando a descaracterização da missão dessas unidades. Com o estudo pôde-se perceber a importância da reestruturação da atenção às urgências no município, com investimento na APS como norteadora da assistência integral ao usuário (CASSETTARI et al., 2012a).

A população tem procurado os serviços de urgências para qualquer tipo de tratamento, as UPAs estão sendo vistas como uma possibilidade de atendimento mais rápido e resolutivo. Dessa forma, os serviços de urgência deixam de ser unidades para atender a situações de risco de morte e passam a ser referência para atendimentos, que exigem baixa densidade tecnológica (GEHLEN, 2012).

Abreu et al. (2012) concluiu que a concepção de urgência e emergência apresentada por parte da população, muitas vezes, refere-se à subjetividade e aos sentidos dados aos sinais e sintomas de seu organismo, alertando que algo não vai bem e que pode ser influenciado por questões sociais e culturais de cada região. Sendo assim, os usuários do sistema público de saúde acabam procurando as unidades de urgência e emergência em busca de uma assistência mais rápida e segura.

Dessa forma, é necessária uma mudança cultural da população, maior entendimento dos conceitos de urgência e emergência, facilitar o acesso dos usuários à APS, isso reduziria o número de atendimentos inadequados nas UPAs e tornaria essa unidade referência para as unidades de menor complexidade (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Nota-se a necessidade de informar a população sobre os serviços de saúde do seu município. Informar quais as atribuições da APS e da UPA, orientar o que são casos de urgência e emergência, orientar os casos que podem ser atendidos na APS e orientar a população qual unidade deve procurar quando necessitar.

Após a problemática exposta acima, podemos concluir que a legislação está avançando muito no cenário da urgência e emergência no Brasil, em relação a suas normatizações, estruturas, reestruturações e financiamento das unidades que compõem a RUE, porém são necessárias algumas ações a fim de corrigir a descaracterização do verdadeiro papel das UPAs, que seria atender aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e resolutiva. Assim, é necessário

fortalecer a APS como norteadora do cuidado, facilitar o acesso à APS e fomentar a educação em saúde à população, a fim de informar qual o papel da UPA como integrante da RUE.

3.4 Atuação do Enfermeiro em situação de Urgência e Emergência

Faremos, agora, uma breve revisão sobre a atuação do enfermeiro no cenário das Urgências e Emergências no Brasil, mostrando quais suas atividades principais e o seu papel enquanto membro da equipe de saúde das referidas unidades.

Um estudo, realizado com enfermeiros do setor de emergência, apontou que esse profissional deve ser dinâmico e competente, pois está ligado a inúmeras atividades, que exigem um grande grau de responsabilidade, como: articulação entre os profissionais, coordenar a equipe de enfermagem, prestar assistência aos usuários nos diferentes níveis de complexidade e controlar materiais e equipamentos da unidade (DAROLT, 2007).

É o enfermeiro que exerce o papel de coordenar e delegar atividades para equipe de enfermagem, decidir junto com o médico a melhor conduta a ser tomada para cada paciente, interagir e articular-se com a equipe multidisciplinar para implementar assistência integral aos pacientes, e, para isso tudo, é necessário comprometimento profissional e constante atualização teórico prática (DAROLT, 2007).

Dentro dessa perspectiva, o enfermeiro tem atribuições privativas estabelecidas na lei nº 7.498 como, por exemplo, a consulta e prescrição de cuidados de enfermagem, o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de morte e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

No campo das urgências, o enfermeiro tem um papel fundamental na articulação dos diversos trabalhos e do gerenciamento do cuidado de enfermagem, o qual exige conhecimento, responsabilidade e capacidade de decisão (MARQUES; LIMA, 2008). O trabalho do enfermeiro, nesse cenário, é caracterizado como sendo reflexivo, fundamentado em um amplo conhecimento técnico-científico, tornando esse profissional fundamental para efetiva reorganização do fluxo de atendimento, objetivando a assistência integral (GEHLEN, 2012).

Para Sallum (2010), o enfermeiro tem papel especial nas unidades de urgência e emergência, executando um trabalho complexo, é o profissional responsável pelo cuidado de enfermagem, pelo gerenciamento, pela educação na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários. Por essa razão, sua formação deve ser composta por fundamentos técnicos científicos, políticos, éticos e humanísticos.

Já para Ohara, Melo e Laus (2010), é o enfermeiro que tem a responsabilidade de dimensionamento e provisão de pessoal de enfermagem, a fim de justificar e reivindicar o quadro laboral adequado para atendimento de qualidade e com segurança aos usuários e aos colaboradores.

Por outro lado, alguns dos fatores, que dificultam o cuidado de enfermagem em UPAs, foram apontados em um estudo realizado no ano de 2012, em uma capital do Sul do Brasil, sendo estes: a ausência de protocolo único para o acolhimento com classificação de risco e normas de atribuições para os profissionais, déficit do dimensionamento de pessoal, atendimento de pacientes com demandas não-urgentes, do ponto de vista biomédico, atendimentos ambulatoriais, e falta de capacitação e experiência dos profissionais em urgência (OLIVEIRA et al., 2012b)

Ainda, no cenário das urgências e emergências, o enfermeiro é o profissional indicado para realizar o procedimento de ACCR unidades de urgência e emergência, deve ser, constantemente, treinado e acompanhado e receber da instituição o suporte adequado como computador, tempo para discussão e revisão de casos, tempo para estudo e simulações. Na realização da triagem, o enfermeiro deve utilizar instrumentos de classificação já validados, e os dados relevantes devem ser registrados no prontuário do usuário (PIRES, 2010).

Sustentando o exposto acima, a Resolução nº 423 estabeleceu que, na equipe de enfermagem, o ACCR é privativo do enfermeiro, devendo seguir os passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e os princípios da Política Nacional de Humanização do SUS. Para isso, o enfermeiro deve possuir conhecimento, competências e habilidades a fim de garantir rigor técnico-científico ao procedimento (BRASIL, 2012a).

Por outro lado, o registro de enfermagem, em situações de emergência, é um fator preocupante, os dados contidos nos prontuários dos usuários são insuficientes ou inexistentes. Com a implantação da SAE, processo instrumental de enfermagem que organiza o trabalho do enfermeiro, buscou-se a implantação, o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do processo de enfermagem. A SAE é privativa

do enfermeiro e, também, é compreendida em unidades de urgência e emergência. Deve conter os seguintes passos: consulta de enfermagem, histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem registrada no prontuário do usuário (SALEH, 2010).

O trabalho do enfermeiro em unidades de emergência é considerado altamente estressante, por se tratar de uma unidade, onde, constantemente, existe a instabilidade clínica dos pacientes e familiares, além da imprevisibilidade da assistência de enfermagem. Assim, um fator que minimiza os efeitos estressores das unidades de emergência é a identificação do enfermeiro com essa área de atuação (CALACHE; BIANCHI, 2010).

Estudo realizado, em Hospitais Gerais da Bélgica, apontou que o estresse dos enfermeiros em emergência está relacionado a inúmeros fatores, incluindo as características do trabalho e variáveis organizacionais. De acordo com a pesquisa, a falta de energia do enfermeiro, ou esgotamento, pode ser evitada através de mecanismos, que permitam evitar a exposição contínua às demandas, proporcionando tempo para a recuperação física e mental do enfermeiro após evento estressante. E por outro lado, a motivação pode ser aumentada através do controle das demandas, criação de um ambiente mais favorável no trabalho, proporcionando satisfação ao profissional e um salário equilibrado (ADRIAENSSENS et al., 2011).

Na área de urgência e emergência, o enfermeiro pode desenvolver o estresse ocupacional, devido ao constante trabalho com situações imprevisíveis, lidando com o medo, a tensão, a morte, o sofrimento e outros sentimentos, que possam contribuir para o estresse desse profissional, além de questões como jornadas altas de trabalho, cobrança da chefia e de familiares, tempo reduzido para prestar assistência e situações de violência (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

Em um estudo anterior realizado nas UPAs, mostrou que as atribuições dos enfermeiros nas UPAs com maior destaque são: coordenação do processo de cuidado e do processo de trabalho, supervisão da equipe de enfermagem, previsão do provimento de insumos, ACCR, esclarecimento aos pacientes do objetivo da UPA e a importância da classificação de risco, encaminhamentos dos pacientes para outras unidades de saúde (OLIVEIRA et al., 2012a).

Outro estudo, realizado em Porto Alegre, apontou as principais atribuições do enfermeiro em UPAs, sendo as principais atividades assistenciais: ACCR, atividades de prevenção e orientação, e assistência

direta ao usuário; e as principais atividades gerenciais foram: provisão e previsão de insumos; encaminhamentos dos pacientes para outros pontos da rede de atenção à saúde, à supervisão e à orientação à equipe de enfermagem e à elaboração de escalas (GEHLEN, 2012).

Reforçando e complementando o exposto acima, o enfermeiro foi apontado como responsável pela gerência do cuidado em UPAs, tanto pela sua própria percepção, como pela percepção dos demais membros da equipe de saúde; e, dessa forma, obtém como resultado uma assistência especializada e diferenciada nas unidades, de acordo com a necessidade de cada paciente (CASSETTARI et al., 2012b).

Diante desse contexto, percebe-se que o enfermeiro possui inúmeras atribuições nas UPAs, são atividades de gestão como: provisão e previsão de insumos, dimensionamento da equipe de enfermagem; atividades de liderança perante a equipe como: coordenar a equipe de plantão, reorganizar o fluxo de atendimento e auxiliar na tomada de decisão; e atividades da assistência de enfermagem como: procedimentos exclusivos do enfermeiro, ACCR, entre outras atividades.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem qualitativa e quantitativa.

A pesquisa qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, mais maleável e mais adaptável. Esse tipo de pesquisa “é válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais” (BARDIN, 2011, p.145).

A pesquisa qualitativa exige intenso envolvimento do pesquisador e tende a ser holística, flexível e elástica. Permite ajustes durante a fase de coleta e análise de dados. Ela demanda criatividade e flexibilidade, sendo também requerido do pesquisador sensibilidade e certa intuição para se alcançar bons resultados (POLIT; BECK, 2011; GOLDENBERG, 2013).

Os dados empíricos, da pesquisa quantitativa, são processados quantitativamente após uma objetiva coleta de dados. Esse tipo de pesquisa deve ser neutra, ou seja, o pesquisador deve fazer um levantamento do referencial teórico de acordo com o tema a ser estudado e, posteriormente, estabelecer hipóteses e procedimentos para testá-las (BAPTISTA; CAMPOS, 2010).

A pesquisa quantitativa obtém dados descritivos através de métodos estatísticos, é mais objetiva, mais rígida, mais fiel e mais exata, levando em consideração que a observação é mais controlada (BARDIN, 2011).

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado em duas Unidades de Pronto Atendimento de porte II do município de Florianópolis, SC, Brasil.

As UPAs funcionam durante 24h e seguem os princípios da PNAU, constituindo-se como um serviço intermediário entre a APS e os serviços hospitalares de emergência. A primeira UPA do município foi inaugurada em setembro de 2008 e a segunda UPA em fevereiro de 2009.

No ano de 2013, a capital possuía uma população estimada de 453.285 (IBGE, 2013) e as duas UPAs realizaram cerca de 413.248

atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem, exames diagnóstico, entre outros. Cada plantão de 12 horas é constituído por 02 (dois) enfermeiros, 01 (um) médico- cirurgião, 02 (dois) clínicos, 02 (dois) pediatras, 01(um) cirurgião-dentista, 06 (seis) técnicos de enfermagem, 01 (um) Auxiliar de Saúde Bucal, 02 (dois) técnicos em radiologia, 02 (dois) auxiliares administrativos, 01 (um) motorista da ambulância, e equipe terceirizada de vigilância e higienização.

4.3 Coleta de Dados

Para entrada em campo, a pesquisadora fez contato com as coordenações de enfermagem das duas UPAs, a fim de apresentar o projeto, seus objetivos, metodologia da pesquisa e apresentação do parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

A coleta de dados teve dois momentos: a coleta dos dados quantitativos e a coleta de dados qualitativos.

Iniciou-se com a coleta de **dados quantitativos**, que foi realizada com base em fontes secundárias obtidas por meio de informações dos relatórios gerais e gerenciais do sistema de informação utilizado pelo município de Florianópolis, INFOSAÚDE. Esse sistema de informação é utilizado para informatizar toda a documentação, utilizada pelas Unidades de Saúde, como agendas, prontuários, formulários e relatórios.

Os dados do Infosaúde foram coletados a partir dos seguintes relatórios gerais e gerenciais:

- Quantitativo de usuários atendidos nas UPA.
- Procedência dos usuários.
- Classificação de risco nas UPA.
- Motivo do atendimento por CID.
- Tipo de atendimento realizado.

O intervalo de tempo selecionado para a coleta dos relatórios gerais e gerenciais foi de janeiro a dezembro de 2013, com o intuito de contemplar 12 (doze) meses completos e as particularidades de acordo com cada período/estação do ano.

O relatório **Quantitativo de usuários atendidos nas UPA** mostra o total de usuários atendidos nas UPAs no ano de 2013. O relatório **Procedência dos usuários** apresenta a procedência do usuário em relação ao seu bairro de origem, município, estado e país. A soma desse

relatório proporciona conhecer o número total de atendimentos, somando as procedências dos usuários. O relatório Classificação de risco nas UPAs apresenta o número de usuários adultos atendidos e suas classificações de risco, permitindo saber quantos usuários foram classificados em emergência, urgência, intercorrência e ambulatorial. O relatório Motivo do atendimento por CID permite apontar os principais motivos de doenças pelos quais os usuários buscaram o atendimento das UPAs. O relatório Tipo de atendimento realizado permite saber qual o tipo de atendimento o usuário recebeu na UPA, atendimento médico, odontológico, de enfermagem, entre outros.

A etapa seguinte foi a coleta dos **dados qualitativos**, na qual foram realizadas as entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas e realizadas de forma individual, no ambiente das UPAs, em local tranquilo, sem interferência externa e que foi escolhido pelos participantes da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no período de maio a julho de 2014. As gravações obtidas foram armazenadas em meios eletrônicos e transcritas posteriormente. Os materiais obtidos, durante a coleta de dados, serão guardados pelo pesquisador durante cinco anos e, posteriormente, serão eliminados.

4.4 Participantes da Pesquisa – Parte Qualitativa

Todos os enfermeiros assistenciais, que atuam nas UPAs do município de Florianópolis, foram convidados a participar da fase de coleta de dados qualitativos. Em 2014, de março a julho, o total de enfermeiros assistenciais das duas UPAs eram 23(vinte e três), sendo que 02 (dois) não aceitaram participar da pesquisa. No total participaram desta etapa 21(vinte e um) enfermeiros. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram:

- Enfermeiros que tinham, no mínimo, um ano de atuação na UPA, independentemente, se houve transferência de uma UPA para outra.
- Enfermeiros que se encontravam ativos, ou seja, em pleno exercício profissional, não estando de férias ou qualquer outro tipo de afastamento.

4.5 Análise dos dados

A análise quantitativa dos dados foi realizada com base na estatística descritiva. A estatística descritiva é utilizada para sintetizar, descrever dados e permite que o pesquisador organize, interprete e transmita informações numéricas (POLIT; BECK, 2011). Para compreender melhor a definição da estatística descritiva, Baptista e Campos (2010, p.166) acrescentam que:

A estatística dedutiva ou descritiva é um conjunto de métodos destinados à observação e coleta de fenômenos de igual natureza, à organização e classificação dos dados, observados e à sua apresentação por meio de gráficos e tabelas, além do cálculo de coeficiente (estatística), que possibilitem descrever resumidamente esses fenômenos.

Sendo assim, a análise quantitativa foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, foram gerados os relatórios, obtidos através do Infosaúde: Quantitativo de usuários atendidos nas UPA, Procedência dos usuários, Classificação de risco de adultos nas UPA, Motivo do atendimento por CID e Tipo de atendimento realizado. Nessa fase, foram gerados 54 (cinquenta e quatro) relatórios no total. A segunda etapa foi limpeza dos dados, organização em planilhas *Excel*® para melhor visualização e posterior análise. Finalizou-se a segunda etapa com 08 (oito) bancos de dados, resultados dos 54 (cinquenta e quatro) relatórios iniciais. A terceira etapa foi análise e descrição dos dados, obtidos por meio de estatística descritiva, e confecção de tabelas para facilitar a visualização.

Para análise dos dados qualitativos, foi utilizado a Análise de Conteúdo de Bardin. A escolha em utilizar Bardin ocorreu pelo fato dela ser considerada uma análise dos significados ou dos significantes, sendo ainda o conjunto de técnicas de análise das várias formas de comunicação existentes. É composta por três etapas distintas: A pré-análise, a exploração do material e, por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011).

Na fase de pré-análise, a pesquisadora organizou os dados, transcreveu as entrevistas na íntegra, utilizando o *software Word*® e iniciou a pré-análise dos dados. A segunda fase foi a exploração do material, na qual a pesquisadora realizou análise minuciosa das

entrevistas, lendo e relendo inúmeras vezes e buscou-se agrupar as semelhanças, que surgiam nas falas dos participantes. Dessa forma, conseguiu-se agrupar os dados em categorias e subcategorias. Por fim, a fase do tratamento dos resultados, na qual a pesquisadora realizou suas inferências com relação ao tema da pesquisa e os resultados encontrados e buscou, na literatura, subsídios para maior explanação, discussão e compreensão do tema investigado.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi realizado respeitando os aspectos éticos abordados nas Normas e Diretrizes, que regulamentam a Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e nos princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem.

A pesquisa foi aprovada em 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 526.152 (ANEXO A).

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e a metodologia proposta, bem como tiveram assegurado seu direito de acesso aos dados e à liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Foram esclarecidos sobre os possíveis riscos e benefícios em participar do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) foi apresentado por escrito e foi solicitada assinatura, garantindo a confidencialidade da identidade dos participantes e das informações colhidas. O TCLE teve duas vias, uma ficou com o pesquisador principal e a outra ficou com participante da pesquisa, naquela consta os contatos das pesquisadoras para que o participante possa entrar em contato a qualquer momento.

As UPAs, onde foram coletados os dados, foram identificadas como UPA A e UPA B a fim de manter o anonimato das instituições. Os participantes foram identificados com a letra “E”, seguido de um número, que corresponde à ordem crescente de realização das entrevistas, ex: E1, E2, E3.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados em forma de dois manuscritos, conforme instrução normativa nº 10/2011 do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O primeiro manuscrito apresentará os resultados quantitativos da pesquisa, referente aos dados coletados de fontes secundárias, obtidas através de informações dos relatórios gerais e gerenciais do Infosaúde.

O segundo manuscrito apresentará os resultados qualitativos da pesquisa, referentes aos resultados das entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado. Após análise dos dados foram desveladas duas categorias: (1) Características dos serviços oferecidos e do trabalho em UPA: a identidade da Unidade em construção; e (2) A contribuição do enfermeiro que trabalha em UPA para o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência: para além do cumprimento de suas atribuições.

Os manuscritos serão encaminhados para periódicos científicos para publicação científica.

- MANUSCRITO 1 – DEMANDA E TIPO DE ATENDIMENTO REALIZADO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.
- MANUSCRITO 2 - ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

5.1 Manuscrito 1 – DEMANDA E TIPO DE ATENDIMENTO, REALIZADO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento, realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, SC, Brasil, no ano de 2013. Método: Trata-se uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem quantitativa. Foram coletados dados secundários, obtidos por meio de relatórios gerais e gerenciais do sistema de informação, utilizado pela secretaria de saúde da capital. Foram gerados 54 (cinquenta e quatro) relatórios no total, posteriormente, foram compilados em 08 (oito) bancos de dados para análise final. Resultados: Constatou-se que os usuários utilizam a Unidade de Pronto Atendimento, que está mais próxima de sua residência e que procuram o serviço por motivos não urgentes, classificados como casos ambulatoriais, que poderiam ser atendidos na Atenção Primária à Saúde. Conclusão: Percebeu-se a necessidade de empoderar a Atenção Primária em Saúde como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde. É necessário, ainda, efetivar a educação em saúde com a população, orientando quais as atribuições de cada ponto da rede, quando procurar a Atenção primária à Saúde e quando procurar a Unidade de Pronto Atendimento.

Descritores: Serviços de Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Assistência Pré-Hospitalar. Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

This study is aimed at characterizing the demand of users and the type of attendance made in the Emergency Units of the municipality of Florianópolis, SC, Brazil, in 2013. Methods: A descriptive and analytical research with a quantitative approach. Were collected secondary data obtained through general accounts and a management information system used by the secretary of health of this capital. Were generated 54 stories, later were compiled into eight databases for final analysis. Results: It was found that users use the Emergency Unit which is closest to their residence and seeking services that are not urgent, classified as outpatient cases that could be seen at the Primary Health

Care as an organizer and main gateway of the Health Care Network. It is needed the implementation of health education to the population, orienting which are the responsibilities of each point of the network, when to seek primary health care and when to seek the Emergency Unit.

Descriptors: Health Services. Health Services Needs and Demand . Prehospital Care Emergency Medical Services.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar la demanda de usuarios y el tipo de atendimento realizado en Unidades de Pronto Atendimento de la municipalidad de Florianópolis, SC, Brasil, en el año 2013. Método: Investigación descriptiva y analítica con abordaje cuantitativa. Fueron recolectados datos secundarios, obtenidos por medio de relatos generales y gerenciales del sistema de información utilizado por la secretaria de salud de la capital. Fueron generados 54 relatos, posteriormente fueron compilados en ocho bancos de datos para el análisis final. Resultados: Se constató que los usuarios utilizan la Unidad de Pronto Atendimento que está más próxima de su residencia y que procuran el servicio por motivos no urgentes, clasificados como casos ambulatorios, que podrían ser atendidos en la Atención Primaria en Salud como organizadora del cuidado y principal puerta de entrada a la Red de Atención a la Salud. Es necesario implementas la educación en salud a la población, orientando cuales son las atribuciones de cada punto de la red, cuándo procurar la Atención Primaria en Salud y cuándo procurar la Unidad de Pronto Atendimento.

Descritores: Serviços de Salud. Necesidades y Demandas de Serviços de Salud. Atención Prehospitalaria. Serviços Médicos de Urgencia.

Introdução

Na perspectiva da estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os pontos de atenção, prestadores de ações e serviços de saúde, têm a mesma importância no que tange o alcance dos objetivos comuns à produção da saúde da população. A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser porta de entrada preferencial e canal de comunicação com todos os demais pontos, que compõem a RAS, seja de atenção secundária ou terciária, as quais ofertam os serviços de maior densidade

tecnológica. Porém, cada nível de atenção à saúde possui suas atribuições, especificações e relevâncias para a atenção e assistência à saúde (MENDES, 2011).

A APS deve apresentar três funções essenciais: a resolubilidade - deve resolver mais de 85% dos problemas de saúde da sua população; a comunicação - deve articular-se com os demais pontos da rede, sendo capaz de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas nesses pontos; e a responsabilização - deve ser responsável pelas ações de saúde de seu território de abrangência (MENDES, 2011).

Para os pontos de atenção secundária e terciária, não existe uma configuração única de rede capaz de atender às necessidades de saúde da população. Para tanto, organizam-se redes temáticas, a fim de atender às necessidades integrais de saúde da população. A atenção à saúde é estruturada em redes temáticas de saúde, como por exemplo, redes de atenção à saúde mental; redes de atenção às mulheres e às crianças, rede de atenção às urgências e às emergências, entre outras (MENDES, 2011).

Especificamente, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo grandes avanços. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) preconizou a formulação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais, que atenda às situações de urgência, seja qual for o nível de atenção, com o intuito de eliminar a exclusividade de atendimento nos prontos- socorros hospitalares (BRASIL, 2006).

A RAU no Brasil é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde (ABS), Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Centrais de Regulação dos Serviços Móveis de Urgência, Sala de Estabilização, Componente pré-hospitalar fixo- Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Componente Hospitalar, Atenção domiciliar, promoção, prevenção, vigilância à Saúde e Força Nacional de Saúde do SUS (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, o atendimento pré-hospitalar fixo, por meio das UPAs, foi definido através da Portaria nº 2.048, como sendo a primeira assistência ofertada ao usuário em casos de quadros agudos, traumas e quadros psiquiátricos, que possam levar o mesmo à morte ou sequelas, visando proporcionar um atendimento e/ou transporte adequado para rede referenciada, hierarquizada, regulada e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, quando necessário (BRASIL, 2002).

Dessa forma, as UPAs são componentes, relativamente, novos na composição da RAU e são definidas como um serviço de estrutura

intermediária entre a ABS e a rede hospitalar, tendo como principais funções: atender às urgências de menor complexidade, como rede de apoio a ABS, atender à população aos finais de semana e à noite, quando as unidades básicas estão fechadas, reduzir a demanda nos hospitais com maior grau de complexidade e, ainda, articular-se com a APS, SAMU, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços da RAS, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores, instalados na região (BRASIL, 2011; 2014).

Percebe-se, atualmente, que os serviços de urgência e emergência no Brasil sofrem com a superlotação com procura de uma população que não possui acesso regular nos demais níveis de atenção à saúde. Outros fatores, também, influenciam essa superlotação como falta de leitos para internação na rede pública e aumento da longevidade da população, o que acaba resultando em lotação dos serviços de urgência e emergência com portadores de doenças crônicas (SIQUEIRA, 2010).

Assim, as UPAs realizam atendimentos, que não são de sua plena atribuição, absorvendo uma demanda de usuários que poderiam ser atendidos em outro ponto da rede. Vários são os fatores que “incham” as UPAs com usuários, que poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS. Essa lotação consome tempo, recursos humanos, equipamentos e produz gastos financeiros, que deveriam ser gastos com pacientes em situações de urgência e emergência (SALLUM, 2010).

Assim se questiona : Quais são os principais motivos que levam os usuários a buscarem atendimento em uma UPA? Quais os principais tipos de atendimento prestados pelas UPAs? Será que essa demanda corresponde, em sua maioria, a casos de urgência e emergência? Qual a origem dos usuários que buscam atendimento nas UPAs? Diante do cenário apresentado, o presente estudo tem como objetivo: Caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis no ano de 2013.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de Florianópolis, SC, Brasil. As UPAs funcionam 24 horas, possuem pelo menos 5 (cinco) anos de

funcionamento e operam segundo as diretrizes da PNAU e suas posteriores alterações.

O município de Florianópolis possuía uma população estimada de 453.285 no ano de 2013 (IBGE, 2013). Está dividida em 05 (cinco) Distritos Sanitários (DS), de acordo com sua distribuição geográfica, possui 49 (quarenta e nove) unidades básicas de saúde, 04 (quatro) Policlínicas, 02 (duas) UPAs, 04 (quatro) Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 02 (dois) Centros de Especialidades Odontológicas e 04 (quatro) bases do SAMU sob gestão municipal. Dados de 2012 mostram que o município apresentava uma cobertura, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de 92,85% da população.

O estudo foi realizado em 03 três etapas. A primeira foi a coleta de dados secundários, obtidos por meio de relatórios gerais e gerenciais do Infosaúde, sistema de informação utilizado pela secretaria de saúde do município. Os relatórios, gerados para posterior análise foram: Quantitativo de usuários atendidos nas UPAs, Procedência dos usuários, Classificação de risco de adultos nas UPAs, Motivo do atendimento por CID e Tipo de atendimento realizado. O intervalo de tempo selecionado para a coleta dos relatórios gerais e gerenciais foi de janeiro a dezembro de 2013, com o intuito de contemplar 12 (doze) meses completos e as particularidades de acordo com cada período/estação do ano. Nessa fase, foi gerado um total de 54 (cinquenta e quatro) relatórios.

A segunda etapa foi a realização da limpeza dos dados, organização em planilhas *Excel*® para melhor visualização e posterior análise. Finalizou-se a segunda fase com 08 (oito) bancos de dados. A terceira etapa foi análise e descrição dos dados obtidos por meio de estatística descritiva.

A pesquisa foi aprovada, em 2014, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 526.152.

As UPAs, onde foram coletados os dados, foram identificadas como UPA A e UPA B a fim de manter o anonimato das instituições.

Resultados e Discussão

No ano de 2013, as UPA A e UPA B realizaram 413.248 atendimentos, entre crianças e adultos. A UPA A realizou 188.766 atendimentos, e a UPA B realizou 224.482 atendimentos. Entre esses atendimentos estão: consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento odontológico, procedimento de enfermagem e consulta de outros profissionais de nível superior.

Após a coleta de dados, constatou-se que a procedência dos usuários das UPAs segue a lógica da proximidade geográfica, ou seja, os usuários utilizam as UPAs, que estão mais próximas de sua residência, procurando a UPA, localizada em seu DS, e quando este não possui UPA, procuram a UPA do DS mais próximo de sua origem.

Assim, constatou-se que 70,53% dos usuários atendidos na UPA A são residentes do mesmo DS em que está localizada, reforçando a preferência de atendimento por proximidade de sua residência. Com relação à origem dos usuários da UPA B, também, fica evidenciado o atendimento por proximidade de residência, uma vez que 81,37% dos usuários, atendidos na UPA B eram residentes do mesmo DS em que a UPA B está localizada.

De acordo com a Portaria nº 1.820, o acesso aos serviços de saúde será, preferencialmente, através da ABS ou unidade mais próxima de sua casa. Dessa forma, percebe-se que a utilização das UPAs constitui uma opção dos usuários para acesso aos serviços públicos de saúde no município de Florianópolis, uma vez que todos os bairros possuem unidades de saúde para atendimento local da comunidade que abrange, no horário das 8 às 17 horas. Sendo assim, é esperado que o usuário, primeiramente, procure sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, onde deve ser atendido. Caso não consiga atendimento, o mesmo deve procurar outra unidade de saúde que seja mais próxima de sua residência. Qualquer unidade de saúde deverá receber e cuidar dos usuários em situações de urgência e emergência e encaminhá-los para outro serviço caso seja necessário (BRASIL, 2009).

A Tabela 1 aponta que 96,31% dos usuários atendidos na UPA A, no ano de 2013, eram de origem de Florianópolis e 3,67% eram de outras Cidades, Estados ou Países. Com relação à UPA B, 93,88% dos usuários atendidos, no ano de 2013, eram de origem de Florianópolis e 6,10% eram de outras Cidades, Estados ou Países.

Tabela 1 - Procedência dos usuários das UPA A e B do município de Florianópolis, por Local de Origem, no período de jan-dez de 2013.

| UPA A | | | UPA B | | |
|--|-------------------|-------------|--|-------------------|-------------|
| Local de Origem | Nº de Atendimento | % Acumulada | Local de Origem | Nº de Atendimento | % Acumulada |
| Mesmo Distrito Sanitário da UPA A | 133153 | 70,54 | Mesmo Distrito Sanitário da UPA B | 182662 | 81,38 |
| Demais Distrito Sanitário de Florianópolis | 48676 | 25,79 | Demais Distrito Sanitário de Florianópolis | 28102 | 12,52 |
| Estado de Santa Catarina | 3610 | 1,91 | Estado de Santa Catarina | 2672 | 1,19 |
| Demais Estados do Brasil | 2625 | 1,39 | Demais Estados do Brasil | 7643 | 3,40 |
| Exterior | 702 | 0,37 | Exterior | 3403 | 1,51 |
| TOTAL | 188766 | 100 | TOTAL | 224482 | 100 |

Fonte: Infosaúde, 2013.

No ano de 2013, 143.464 usuários foram classificados de acordo com o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas UPAs do município de Florianópolis. Ressalta-se que apenas os usuários adultos clínicos passam pelo ACCR realizado pelo enfermeiro. Os pacientes cirúrgicos, pediátricos e odontológicos passam direto para consulta especializada.

O município de Florianópolis possui protocolo específico de ACCR, onde os casos classificados como emergência (classificado com a cor vermelha) devem ser atendidos, imediatamente, na sala de emergência; os casos classificados como urgência (classificado com a cor amarela) devem ser atendidos com uma urgência maior, em até 30 (trinta) minutos; os casos classificados como intercorrência (classificado com a cor verde) são urgências consideradas de menor gravidade, podendo ser atendidas em até 60 (sessenta) minutos; e por fim, os casos classificados como ambulatoriais (classificado com a cor azul), são casos considerados não urgentes, podendo esperar mais de 120 minutos ou encaminhar após contato com centro de saúde de referência (FLORIANÓPOLIS, 2012).

A Tabela 2 apresenta os atendimentos adultos de acordo com a classificação recebida pelo enfermeiro durante o ACCR:

Tabela 2 – Atendimento de adultos, segundo classificação de risco, das UPA A e B do Município de Florianópolis no período de jan-dez de 2013.

| Classificação de Risco UPA A e B | Nº de Atendimentos | % |
|-------------------------------------|-----------------------|-------|
| Ambulatorial | 68169 | 47,52 |
| Intercorrência | 63259 | 44,10 |
| Urgência | 11414 | 7,95 |
| Emergência | 622 | 0,43 |
| TOTAL | 143464 | 100 |

Fonte: Infosaúde, 2013.

Nota-se que 0,43% dos usuários foram classificados como emergência e 7,95% dos usuários foram classificados como urgência, apontando uma descaracterização do verdadeiro papel das UPAs, que seria atender, especialmente, a casos de urgência e emergência, compondo a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e acolhendo o usuário de forma ágil e oportuna, sem prescindir dos princípios da humanização e da integralidade (BRASIL, 2011).

Os casos caracterizados como emergência são aqueles em que o usuário apresenta risco de morte e devem ser atendidos imediatamente, como por exemplo: parada cardiorrespiratória, instabilidade hemodinâmica, choque, insuficiência respiratória severa, coma, convulsão prolongada, e agitação psicomotora severa. Já os casos de urgência são aqueles em que o usuário deve ser avaliado pelo médico em até 30 (trinta) minutos, como por exemplo: trauma craniano sem alteração de consciência, cefaleia moderada, dor torácica moderada, dispneia moderada, hematêmese, hemoptise, epistaxe, vômito ou diarreia com desidratação, reação alérgica disseminada, entre outros casos apresentados no protocolo de classificação de risco do município (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Por outro lado, 44,09% dos usuários foram classificados como intercorrência, ou seja, são pacientes que não são caracterizados como urgente, pois apresentam queixas como: trauma craniano de baixo impacto, dor abdominal moderada, dor torácica moderada, cefaleia não

intensa, vômito e diarreia sem desidratação, urticária e prurido intenso, ferimento com febre, idosos, gestantes e usuários com necessidades especiais, entre outros estabelecidos no protocolo de classificação do município (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Eles poderiam ser acolhidos em suas UBS e passar por avaliação médica nesses locais. Porém, se a intercorrência ocorrer no período noturno, na impossibilidade de esperar até o dia seguinte, a UPA tem a atribuição de fornecer retaguarda para APS, especialmente, à noite, nos feriados e nos finais de semana, o que foi definido pela portaria nº 2.048 (BRASIL, 2002).

Os dados coletados, por meio dos relatórios do Infosáude, não permitiram avaliar os horários de atendimentos dos usuários classificados como intercorrência e ambulatorial, a fim de avaliar se foram realizados, predominantemente, à noite, nos finais de semana ou em feriados, o que reforçaria o papel das UPAs em servir de retaguarda para APS.

Um estudo realizado em 2012, em Ribeirão Preto, apontou que a população procura as UPA em situações, que não se caracterizam como urgência e emergência pela dificuldade de acesso aos outros pontos da rede. Os motivos incluem o horário reduzido de funcionamento das UBS, o que dificulta o acesso da população trabalhadora, bem como a possibilidade de nas UPAs ter acesso a recursos de maior densidade tecnológica, sem ter que se deslocar a outros pontos da rede (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

A análise da tabela 2, ainda, mostra-nos que 47,51% dos usuários foram classificados como ambulatorial, ou seja, apresentavam trauma leve, dor abdominal leve, ferida limpa, sintomas gripais, tontura e mal-estar com sinais vitais normais, dermatite crônica, conjuntivite, entre outros casos apresentados no protocolo de classificação de risco do município (FLORIANÓPOLIS, 2012). As situações supracitadas poderiam ser resolvidas na APS, proporcionando, assim, o acompanhamento do cuidado.

Os usuários, classificados em azul, ou seja, casos ambulatoriais deveriam procurar atendimento, primeiramente, em sua UBS, por ser mais próxima de sua casa e por ser a principal porta de entrada na RAS, seguindo os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da universalidade e da humanização. A APS deve estar preparada para prestar o primeiro atendimento nas situações de urgências, através do acolhimento com escuta qualificada e, também, com classificação de risco (BRASIL, 2012).

Para Garlet et al. (2009), os serviços de urgências transformam-se em porta de entrada para os mais variados problemas de saúde. Os principais motivos de procura por atendimento médico nas UPAs, podem ser observados na Tabela 3, onde foi listado os 10 (dez) primeiros códigos CID, registrados pelos profissionais durante o período de janeiro a dezembro de 2013 no município de Florianópolis.

Tabela 3 – Motivo do Atendimento por CID das UPA A e UPA B do município de Florianópolis no período de jan-dez de 2013.

| CID | N | % |
|---|--------|-------|
| Exame médico geral | 16000 | 7,59 |
| Nasofaringite aguda [resfriado comum] | 9051 | 4,30 |
| Amigdalite aguda não especificada | 7326 | 3,48 |
| Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada | 6069 | 2,87 |
| Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado | 5990 | 2,83 |
| Aconselhamento não-especificado | 5949 | 2,81 |
| Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível | 5529 | 2,62 |
| Tosse | 4331 | 2,05 |
| Dor lombar baixa | 3941 | 1,86 |
| Náusea e vômitos | 3822 | 1,81 |
| Outros | 142958 | 67,78 |
| TOTAL | 210966 | 100 |

Fonte: Infosaúde, 2013.

É importante lembrar que, no ano de 2013, foram registrados 210.966 códigos CID nos prontuários eletrônicos dos usuários das UPAs do município de Florianópolis. Destes, um número expressivo de usuários foi atendido e teve registrado em seus prontuários os códigos

Exame médico geral e Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado, não sendo possível uma análise mais minuciosa dos atendimentos. Assim, não se pode afirmar que constituíam atendimentos classificados como ambulatoriais, sem caráter de urgência.

Por outro lado, observando os dados a Tabela 3, contou-se que, excluindo os exames médicos gerais e exames gerais e investigação, as demais causas de procura das UPAs não se caracterizam como sendo situação de emergência ou urgência, tais como nasofaringite, amigdalite, infecção aguda das vias aéreas superiores, aconselhamento, diarreia e gastroenterite, tosse, cefaleia, dor lombar, náuseas e vômito.

Esses casos poderiam ser solucionados na APS, através do acolhimento humanizado e integral. A APS tem papel fundamental na formação da RAS, pois está próxima do cotidiano da vida das pessoas, as equipes da APS têm a possibilidade de estabelecer o vínculo com o usuário, de se responsabilizar e desenvolver ações coletivas de promoção e prevenção em seu território, de prestar cuidado individual e familiar e de gerir projetos terapêuticos (BRASIL, 2013).

Reforçando o papel da APS, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) definiu as funções da ABS, seguindo a perspectiva das RAS: ABS deve ser a base da rede resolutiva e coordenadora do cuidado, responsabilizando-se por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde da população (BRASIL, 2012).

Os usuários buscam os serviços de saúde de urgência e emergência por vários motivos, entre eles: por serem serviços de “porta-aberta”, dificuldade de mudança nos hábitos culturais e algumas crenças da população (MARQUES; LIMA, 2007). Sendo assim, é necessário fortalecer a orientação à população, estimulando novas crenças e novos hábitos culturais com relação à procura de atendimento em saúde.

Grande parte dos usuários poderia ser acolhida e ter seus problemas resolvidos na APS, através das tecnologias leve-duras (conhecimento e protocolos) e tecnologias duras (materiais e equipamentos). Por exemplo, os usuários com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros, podem ser acolhidas na APS, uma vez que esses momentos de sofrimento são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. Nesse momento, é comum que o usuário procure sua UBS pela proximidade de

sua casa ou pelo vínculo estabelecido com o profissional em quem ele confia, e o fato de conhecer a história do indivíduo facilita a identificação do problema e a resolução do mesmo por parte do profissional de saúde da APS (BRASIL, 2013).

Por outro lado, muitos usuários têm uma visão distorcida em relação às UPAs e às UBS, acreditam que na UPA terão uma assistência mais resolutiva, mais rápida e munida de maior densidade tecnológica, com maiores recursos como exames, medicações e especialistas. Porém, na maioria dos casos, em que o usuário procurou atendimento na UPA, a APS teria as ferramentas necessárias para prestar um cuidado integral, humanizado, resolutivo e que possibilitaria continuidade por meio do vínculo estabelecido com os profissionais da sua unidade de saúde.

A APS não é menos complexa do que os níveis de atenção secundários e terciários. Esses níveis apresentam maior disponibilidade de tecnologias mais densas, mas não mais complexas. A visão distorcida dos usuários, muitas vezes, contribui para que busquem atendimento em um ponto de média e alta complexidade ao invés de procurar atendimento, primeiramente, em sua unidade básica de saúde (BRASIL, 2011).

Assim, percebe-se a importância de resgatar a APS como ordenadora do cuidado e porta principal da RAS e, também, em fortalecer a educação em saúde da população, proporcionando a disseminação de informações sobre o funcionamento da RAS, quais as funções de cada ponto da rede e quando o usuário deve procurar a APS ou a UPA.

Conclusão

O presente estudo possibilitou caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento realizado nas UPAs do município de Florianópolis no ano de 2013.

Com relação à demanda dos usuários das UPAs, foi constatado que a maioria era proveniente do mesmo DS, em que a UPA está localizada, ficando evidente a busca por atendimento no local mais próximo de sua residência, conforme preconiza a Portaria nº 1.820. Percebeu-se que cerca de 96,31% dos usuários atendidos na UPA A e 93,88% dos usuários atendidos na UPA B são provenientes de Florianópolis.

O presente estudo demonstrou que dentre os principais motivos de busca por atendimentos nas UPA, não são, propriamente,

caracterizados como urgência e emergência, ou seja, foram classificados como intercorrência e ambulatorial. Esses casos, na sua grande maioria, poderiam ser atendidos e solucionados na APS, o que aponta uma descaracterização do verdadeiro papel das UPAs.

A pesquisa reforçou a necessidade do fortalecimento da APS como primeira opção para entrada no sistema e ainda a necessidade de efetivar a educação em saúde com os usuários do SUS, orientando quais são as atribuições de cada ponto da rede.

A análise da demanda e do tipo de atendimento, realizado aos usuários das UPA, é relevante para proporcionar informações para o planejamento, monitoramento e (re)estruturação dos serviços de saúde do município.

Estudos realizados com base em dados secundários e relatórios consolidados de atendimento possuem limitações. O estudo foi realizado com base nos relatórios, gerados pelo sistema de informação, utilizado pelo município. Foi possível gerar, contabilizar e analisar apenas os dados registrados pelos profissionais, que trabalham nas UPA. Como são dados alimentados, continuamente, por diferentes profissionais, em um serviço com demanda espontânea e alto volume de atendimento, pode haver subnotificação de registro.

Além disso, trata-se de dados referentes a um recorte de tempo específico, não representando uma série histórica ou análise longitudinal dos dados. Devido às limitações inerentes ao sistema de informação, utilizado pelo município, na forma de produção de seus relatórios, não foi possível obter outros dados que poderiam contribuir na compreensão do objeto investigado.

Novos estudos serão necessários para identificar, com maior profundidade, a opção do usuário pela UPA e não pela APS, a qual o usuário deve ter como referência, bem como os fluxos de atendimento a partir do acesso ao sistema público de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3. ed. ampl.– 256 p – (Série E. Legislação de Saúde), Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção 1, p.69

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048 de 05 de novembro de 2002: Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p.32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1820 de 13 de agosto de 2009: Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF, 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago.2009. Seção 1, p.80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 110 p – (Série E. Legislação de Saúde), Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de atenção básica, n. 28, v 1, 62 p , Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2014. Seção 1, p.46.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria municipal de saúde de Florianópolis. Classificação de risco. Publicado em 2012. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php????pagina=notpagina¬i=5113>. Acessado em 25/07/2014.

GARLET, ER; LIMA, MADS; SANTOS, JLG; MARQUES GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n.1, v. 18, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-210020120009000004&script=sci_arttext&tlng=pt. r/pdf/tce/v18n2/09.pdf. - Acesso em: 13/08/2012.

GOMIDE, MFS; PINTO, IC; FIGUEIREDO LAD. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, n.2, v. 25, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-210020120009000004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 01/08/2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Contagem Populacional. Santa Catarina: IBGE, 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf. Acesso em: 28/04/2014.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Demandas de Usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, n.15, v.1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf. Acesso: 19/06/2013.

MENDES, EV. As redes de atenção á saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, DF, 2011.549p.

SALLUM, AMC. Estrutura Organizacional de um Serviço de Emergência. IN: Sallum AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.2, p.15-24

SIQUEIRA, ILCP. Qualidade em Serviço de Emergência. IN: Sallum AMC, Paranhos WY. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.03, p.25-34.

5.2 Manuscrito 2 – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo conhecer a atuação do enfermeiro em Unidades de Pronto Atendimento para organização da Rede de Atenção às Urgências. Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2014, por meio de entrevista guiada por roteiro semiestruturado, realizada com 21 (vinte e um) enfermeiros de duas Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, SC, Brasil. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin. Após análise dos dados, emergiram duas categorias: (1) Características dos serviços oferecidos e do trabalho em UPA: a identidade da Unidade em construção; e (2) A contribuição do enfermeiro que trabalha em UPA para o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência: para além do cumprimento de suas atribuições. Identificou-se que as Unidades de Pronto Atendimento seguem as legislações vigentes referentes ao componente pré-hospitalar fixo. Em relação à atuação do enfermeiro constatou-se que embora o profissional não possua autonomia para encaminhar os usuários para outros pontos da rede, é um profissional fundamental para o bom funcionamento do serviço. O enfermeiro participa, ativamente, na organização do fluxo dos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento e da realização de ações de coordenação e articulação dos profissionais da unidade. Sendo assim, os enfermeiros necessitam de ferramentas, que orientem seu trabalho nos serviços de pronto atendimento, como estabelecimento de um protocolo único para o Acolhimento com Classificação de Risco.

Descritores: Serviços de Saúde. Serviços Médicos de Emergência. Assistência Pré-Hospitalar. Enfermagem.

ABSTRACT

This study is aimed at determining the performance of nurses in the Emergency Units for in the organization of the Network of Emergency Care. This is a descriptive and analytical research with a qualitative approach. The data collection occurred in the period from May to July 2014, through interviews with a semi-structured script, carried out with 21 nurses of two Emergency Units of the municipality of Florianópolis,

SC, Brazil. For the analysis of the data was used the technique of content analysis of Bardin. After data analysis emerged two categories: (1) Characteristics of services and work offered by the Emergency Units: identity of the unit under construction; and (2) The contribution of nurses who work in ERs for the operation of the Network of Urgency and Emergency: beyond the fulfillment of their duties. It was identified that Emergency Units follow existing laws relating to the fixed pre hospital component. Regarding the nurses, it was found that although this professional does not have autonomy to refer users to other points of the network, it is a fundamental professional for the proper functioning of the service. The nurse is actively involved in organizing the flow of users of the Emergency Units and the implementation of coordination and articulation of the professional unit. Thus, nurses need a tools to guide their work in the Emergency Units, including the establishment of a single protocol for Risk Classification and Reception.

Descriptors: Health Services. Emergency Medical Services. Pre hospital Care. Nursing.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo conocer la actuación del enfermero en las Unidades de Pronto Atendimento para la organización de la Red de Atención a las Urgencias. Se trata de una investigación descriptiva y analítica con abordaje cualitativa. La recolección de los datos ocurrió en el período de mayo a julio de 2014, por medio de entrevistas guiadas por un guion semi estructurado, realizado con 21 enfermeros de dos Unidades de Pronto Atendimento de la municipalidad de Florianópolis, SC, Brasil. Para el análisis de los datos fue utilizada la técnica del Análisis de Contenido de Bardin. Después del análisis de datos emergieron dos categorías: (1) Características de los servicios ofrecidos y del trabajo en las UPAs: identidad de la Unidad en construcción; y (2) La contribución del enfermero que trabaja en las UPAs para el funcionamiento de la Red de Urgencia y Emergencia: más allá del cumplimiento de sus atribuciones. Se identificó que las Unidades de Pronto Atendimento siguen las legislaciones vigentes referentes al componente pre hospitalario fijo. Con relación a la actuación del enfermero se constató que aunque este profesional no posea autonomía para referir usuarios a otros puntos de la red, él es un profesional fundamental para el buen funcionamiento del servicio. El enfermero participa activamente en la organización del flujo de los usuarios en las Unidades de Pronto Atendimento y en la realización de

acciones de coordinación y articulación de los profesionales de la unidad. De esta forma, los enfermeros necesitan herramientas que orienten su trabajo en los servicios de Pronto Atendimento, como el establecimiento de un protocolo único para la recepción con Clasificación del Riesgo.

Descritores: Servicios de Salud. Servicios Médicos de Urgencia. Atención Prehospitalaria. Enfermería.

Introdução

A implantação de uma rede integrada de atenção à saúde é discutida há algumas décadas no Brasil como forma de aperfeiçoar a oferta de serviços públicos de saúde. Iniciativas remontam a década de 1970, quando ocorreram os primeiros movimentos para a integração e a unificação do sistema de saúde anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, a estruturação de redes municipais de saúde, a consolidação dos territórios de saúde como estratégia para a reorganização de serviços da mesma e de planejamento compartilhado e o estabelecimento de normas e fluxos para regular e orientar a assistência ao usuário (SILVA, 2011).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi definido que os serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral ao usuário e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Em 1990, a Lei 8080 reafirmou as diretrizes para composição de uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde, com a participação da gestão municipal no planejamento, programação e organização (BRASIL, 1990).

De acordo com Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde devem ser integrados, pela interligação e comunicação dos pontos da rede, possibilitando prestação de assistência integral e contínua ao usuário e configurando as Redes de Atenção à Saúde (RAS). É preciso que as unidades, que prestam o mesmo tipo de serviço, unam-se de maneira horizontal, formando uma aliança interorganizacional, com a finalidade de prestar assistência a uma população sob determinadas condições de saúde ou patologia (MENDES, 2007).

A RAS não possui um desenho único capaz de atender a todas as necessidades de saúde de uma população. Dessa forma, necessita-se da criação de redes temáticas em saúde específicas e que normatizem a

assistência em determinada área da saúde, como as Redes de Atenção às Urgências (RAU), que tem por finalidade prestar atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência (MENDES, 2007).

Nesse contexto, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que definiu a criação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais, para atender às situações de urgência e emergência, seja qual for o nível de complexidade, com o intuito de eliminar a exclusividade de atendimento nos prontos socorros hospitalares (BRASIL, 2006).

Assim, o cenário de urgência e emergência no Brasil, teve um enorme fortalecimento do seu arcabouço normativo no ano de 2011, com a publicação da resolução nº 443, que aprovou a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), articulada a todas as redes de atenção presentes no território. Esta rede tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso ágil, integral e humanizado dos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Um dos componentes da RUE são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, que devem seguir as diretrizes da PNAU. São estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária situados entre a Atenção Básica em Saúde (ABS) e a Atenção Hospitalar, que deveriam ser implantados em locais estratégicos para a configuração da RAU, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco (BRASIL, 2013; 2014a).

As UPAs têm as seguintes competências na RUE: acolher os usuários; articular-se com os demais pontos da RAS, através de fluxos para o atendimento efetivo dos usuários; prestar o primeiro atendimento aos casos agudos, casos cirúrgicos e de trauma; fornecer retaguarda para ABS; estabilizar pacientes; realizar consulta médica, procedimentos médicos e de enfermagem, prestar apoio diagnóstico e terapêutico; manter pacientes em observação e favorecer o encaminhamento/contrarreferenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado; e solicitar retaguarda do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) sempre que necessário (BRASIL, 2013; 2014).

No cenário da urgência e emergência, a enfermagem desempenha um papel importante como integrante da equipe de saúde, desde o cuidado direto ao paciente, até o gerenciamento da equipe e o desenvolvimento da educação permanente. Dessa forma, o enfermeiro de urgência e emergência exerce um trabalho complexo, sendo o profissional responsável pelo cuidado, pela educação na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários e pelo gerenciamento da

equipe e suas condições de trabalho (SALLUM, 2010; SILVA et al., 2014).

Os serviços de emergência são unidades, que necessitam dar respostas rápidas. Assim, a equipe de enfermagem deve ser qualificada, ter facilidade de comunicação e ser capaz de tomar decisões assertivas, uma vez que irá prestar assistência aos pacientes mais graves e que necessitam de ações de maior complexidade técnica (SILVA et al., 2014, p.212).

O enfermeiro, que trabalha com urgência e emergência, tem a função de articular os diversos trabalhos da unidade e de solucionar os problemas técnicos e gerenciais, que possam surgir durante o plantão como: falta de materiais, falta de profissionais, conflito entre a equipe ou entre os usuários, entre outros.

Além dessas atribuições, é responsável pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem, necessitando conhecimento, responsabilidade e capacidade de decisão (MARQUES; LIMA, 2008). O enfermeiro deve possuir, portanto, conhecimentos e habilidades para definir a prioridade de atendimento dos usuários visto que é o enfermeiro que administra o fluxo de oferta e demanda no serviço de urgência e emergência (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Diante desse contexto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como se dá a atuação dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento para a organização da Rede de Atenção às Urgências?

Assim, o presente estudo tem o objetivo de conhecer a atuação do enfermeiro em Unidades de Pronto Atendimento para organização da Rede de Atenção às Urgências.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica com abordagem qualitativa, realizada com enfermeiros de duas UPAs do município de Florianópolis, SC, Brasil. Dessas 02 (duas) unidades, todos os enfermeiros assistenciais foram convidados a participarem do estudo. Em 2014, no período de coleta de dados, o total de enfermeiros assistenciais das duas UPAs eram 23 (vinte e três), sendo que 02 (dois) não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a julho de 2014, por meio de entrevista, guiada por roteiro semiestruturado, que continha questionamentos tais como: Como é a sua atuação, como enfermeiro, nesta UPA. Quais suas atribuições? Como sua atuação, como enfermeiro de UPA, contribui para a organização do fluxo de

usuários da RAU? Quais de suas atividades diárias contribuem para a organização do fluxo das RAU? Como se dá a articulação da UPA com os demais pontos da RAU, quando necessário? Ex: ABS, Hospitais, Samu, Vigilâncias, entre outros pontos da Rede?

As entrevistas foram gravadas e realizadas no ambiente das UPAs, em local tranquilo e escolhido pelo entrevistado. As gravações obtidas foram armazenadas em meios eletrônicos e transcritas posteriormente.

Para análise dos dados, foi utilizado a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011), composta por três etapas. A pré-análise, na qual a pesquisadora organizou os dados, transcreveu as entrevistas na íntegra, utilizando o *software Word®* e iniciou a pré-análise dos dados. A segunda fase foi a exploração do material, na qual a pesquisadora realizou a análise minuciosa das entrevistas, lendo e relendo inúmeras vezes e buscou-se agrupar as semelhanças que surgiam nas falas dos participantes.

Dessa forma, conseguiu-se agrupar os dados em categorias e subcategorias. Por fim, a fase do tratamento dos resultados, na qual a pesquisadora realizou suas inferências com relação ao tema da pesquisa e os resultados encontrados e buscou, na literatura, subsídios para maior explanação, discussão e compreensão do tema investigado.

O estudo foi realizado respeitando os aspectos éticos abordados nas Normas e Diretrizes, que regulamentam a Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e nos princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem.

A pesquisa foi aprovada em 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 526.152.

As UPAs onde foram coletados os dados foram identificadas como UPA A e UPA B a fim de manter o anonimato das instituições. Já os participantes foram identificados com a letra “E” seguido de um número, que corresponde à ordem crescente de realização das entrevistas, ex: E1, E2, E3.

Resultados

Os 21 (vinte e um) enfermeiros, participantes do estudo, têm idade entre 30 (trinta) e 47 (quarenta e sete) anos, 14 (quatorze) são do sexo feminino e 07 (sete) do sexo masculino. 11 (Onze) tinham experiência anterior em urgência/emergência (experiência hospitalar em emergência ou atendimento pré-hospitalar). 20 (Vinte) possuem título de especialista, sendo 07 (sete) especialistas em urgência e emergência e 05 (cinco) enfermeiros-mestre em enfermagem.

As categorias desveladas, após análise dos dados foram: **Características dos serviços oferecidos e do trabalho em UPA: a identidade da Unidade em construção;** e **A contribuição do enfermeiro, que trabalha em UPA para o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência: para além do cumprimento de suas atribuições**, que serão apresentadas e discutidas a seguir.

Características dos serviços oferecidos e do trabalho em Unidade de Pronto Atendimento: a identidade da Unidade em construção.

A exposição do conteúdo dessa primeira categoria permitiu contextualizar os serviços oferecidos na UPA, a estrutura física, o fluxo de usuários, conhecer os atendimentos não-caracterizados como urgência ou emergência e os motivos pelos quais os usuários buscam a UPA, os fatores facilitadores e dificultadores no processo de trabalho da UPA e a articulação da UPA com os demais pontos da RAS.

As UPAs oferecem consulta médica e de enfermagem, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e serviço de estabilização e observação de pacientes. A UPA está dividida em dois pisos, o térreo e primeiro andar. No térreo, encontra-se a recepção, sala de raios-X, farmácia, sala de acolhimento, sala de emergência, sala de pequenas cirurgias e consultórios médicos. No primeiro andar, localizam-se os consultórios médicos, de odontologia e de assistência social, laboratório e sala de observação.

O usuário adulto, ao chegar à UPA deve identificar-se na recepção, passar pelo Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), onde o enfermeiro classifica-o de acordo com sua gravidade e, posteriormente, aguardar conduta médica. Uma vez que o usuário passa pela avaliação do médico, ele pode ter caminhos diferentes na UPA e/ou na RAS. O usuário pode ficar em observação, receber medicamentos, receber encaminhamento para outro ponto da rede, ser transferido para

outro nível de atenção ou receber alta da UPA, após ter seu problema resolvido.

As UPAs, ainda, atendem aos usuários, que deveriam estar em outro ponto da rede, e, por algum motivo, acabam-se dirigindo as UPAs. A maioria dos casos, que não correspondem às urgências e emergências são pacientes em busca de consulta e exames de rotina, quadro clínico há mais de um mês e procedimentos realizados pela APS. Muitos usuários desenvolvem vínculo com a UPA e voltam inúmeras vezes, em busca de atendimento.

Tu acabas criando vínculo em uma UPA, que são pacientes que acabam retornando, muitas vezes, então eu não sei até que ponto isso é falha do PSF, ou falha nossa... alguma coisa não está certa, não era para ser assim pelo menos, eu acho. (E9)

Um grupo de motivos pelos quais esses usuários buscam a UPA, sob a visão dos enfermeiros e relatos de pacientes aos enfermeiros das UPAs, ocorre devido às características da UPA, entre elas: facilidade de acesso, “porta-aberta”, exames disponíveis para rápido diagnóstico e horário de funcionamento diferente ao do trabalho dos pacientes.

Tu nunca negas atendimento. E isso é muito tranquilizador, [...] para ele que vai solucionar o problema, eu acho que é muito legal isso, por mais que: aí, isso [caso] não é questão de UPA, mas é questão de onde? Se, às vezes, a gente sabe que é uma amigdalite [...], a gente ouve isso não por conhecimento científico que as pessoas falam. Ah, mas isso não é questão de UPA. Não só um pouquinho... se não for de UPA vai ser atendido aonde? No hospital que não vai ser. (E9)

Outro grupo de motivos pelos quais os usuários buscam a UPA, sob a visão dos enfermeiros e relatos de pacientes aos enfermeiros da UPA, refere-se à dificuldade de acesso à APS, entre essas, porque APS não é “porta-aberta” como a UPA, pela necessidade do paciente agendar consulta médica na APS, pelo fato do paciente não conseguir acolhimento e/ou marcação de consulta na APS e por falta de profissionais na APS para realização de consultas ou procedimentos.

Então ele chega aqui com uma situação que é de posto, mas ele já foi ao posto e o posto mandou ele para cá, porque acabaram as vagas dele lá. (E4)

Com relação ao processo de trabalho na UPA, alguns fatores facilitadores foram mencionados, como a UPA seguir as recomendações do Ministério da Saúde (MS) em sua prática diária, equipes completas e com vínculo estabelecido, relação de confiança entre médico enfermeiro, alta resolubilidade da UPA de acordo com a sua função na rede, a UPA auxiliar na redução do atendimento nos demais níveis de complexidade, conhecimento da equipe com relação aos hospitais de referência dentro de cada especialidade, a UPA facilitar o tempo de resposta em uma emergência e a UPA servir de retaguarda para a APS.

A partir do momento que ele [paciente] está aqui dentro, todos se interrelacionam, porque ele vai ser atendido aqui e a gente vai contribuir com as redes, ou caso tenha algum encaminhamento é realizado pela gente, também, então, o usuário estando dentro da unidade, a equipe está contribuindo com a rede nesse ponto ou atendendo ao usuário aqui, ou fazendo o encaminhamento desse usuário, que, em alguns casos, são encaminhados para os hospitais. (E12)

Por outro lado, alguns fatores dificultadores foram citados no processo de trabalho na UPA, entre esses, necessidade de um terceiro enfermeiro por plantão, falta de educação continuada, falta de utilização de um protocolo de ACCR único por todos os enfermeiros, falta de padronização da rede e dos profissionais da UPA, falta de reuniões de planejamento e organização do serviço, falta de manual de normas e rotinas para equipamentos, falta de suporte de informática nos finais de semana e falta de segurança dos servidores e dos pacientes.

Vou dizer que esse é o “calcanhar de Aquiles” aqui [...] essa coisa da capacitação, é coisa que a gente já tentou, correu muito atrás disso assim, daí acaba ficando muito pelo profissional, então para gente ter o nosso consenso, hoje, de classificação e de rotina levou muito tempo, mas acho que não

pode ser assim, né, quer dizer porque nós acertamos, porque a nossa equipe é uma equipe boa, que tem uma boa interação, aí a coisa anda, mas não dá para contar com isso só. (E10)

Então, são essas coisas, que não têm um protocolo, isso é complicado porque não existe um protocolo de atendimento, de fluxo aqui, para onde vai o paciente, para onde tu encaminhas, quando há um problema quem tu chamas? Não existe. (E4)

A população, que busca atendimento nas UPAs, algumas vezes, aparece como um fator de estresse para a equipe, como por exemplo, quando falta conhecimento do usuário sobre os serviços ofertados, pela ansiedade dos pacientes em esperar pelo seu atendimento, pela falta de compreensão de como funciona o ACCR e de entender que os pacientes são atendidos de acordo com sua gravidade, e não por ordem de chegada.

O grande problema que eu vejo é que se agente não sabe como funciona, [...] o paciente, [...] esse menos ainda vai saber, o que é, quando ele vai ao posto e quando ele vem para UPA, esse não sabe de vez. (E4)

No que se refere à articulação da UPA com os demais pontos da rede, foi constatado que o contato com os hospitais, Instituto de Psiquiatria (IPQ) e SAMU é sempre realizado de médico para médico. O contato com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e casas de apoio é realizado pela assistente social. O contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é realizado pelo médico ou pela assistente social. Já o contato com APS é realizado pelo médico, enfermeiro ou assistente social.

Eu acho que tinha que ter uma comunicação melhor entre os postos de saúde e entre a UPA, um sistema de referência e contrarreferência melhor, através de comunicação mesmo dos profissionais sabe. (E 14)

A definição, em documento oficial, dos hospitais de referência para cada especialidade foi citado como fator facilitador da articulação da UPA com a rede. Já alguns fatores dificultadores na articulação com

a rede foram citados como pouca articulação entre os pontos da rede em saúde, falta de definição nas funções da UPA e da APS, ausência de normatização do fluxo de encaminhamento do usuário e falta de canal de comunicação entre a UPA e a APS.

A transferência de pacientes da UPA para outro ponto da rede, geralmente, para um nível de maior densidade tecnológica, é realizada pelo SAMU, nos casos mais graves, e com a ambulância da UPA nos casos menos graves. Existem algumas dificuldades em relação a transferências de pacientes como o hospital de referência não aceitar o paciente por falta de vaga (segundo informação do hospital), dificuldade em conseguir ambulância avançada do SAMU, e o paciente só poder ser transferido após contato prévio com o outro ponto da rede.

O SAMU aparece como grande parceiro nas transferências dos pacientes, pois quando a UPA não consegue vaga para transferir o paciente grave, a UPA aciona o SAMU e o mesmo transfere o paciente em vaga zero para o hospital de referência, ou seja, mesmo não havendo vaga, o paciente é transferido para o hospital de referência de acordo com especialidade.

Tenta-se todos, ou dependendo do caso, também, quando é negado, em todos os hospitais, é feito contato com o SAMU e o SAMU vai abrir a vaga zero, ou seja, mesmo o hospital estando lotado ele acaba levando para lá. (E12)

Dessa forma, a articulação da UPA com os demais pontos da RAU ocorre de forma informal, sem padronização no fluxo de encaminhamentos e sem nenhuma ferramenta oficial de comunicação com os demais pontos da rede. Por outro lado, o atendimento aos usuários é realizado com agilidade, em um tempo de resposta ideal para as urgências e emergências e com alto grau de resolubilidade.

A contribuição do enfermeiro que trabalha em UPA para o funcionamento da rede de Urgência e Emergência: para além do cumprimento de suas atribuições.

O enfermeiro, que trabalha em UPAs, desenvolve atividades assistenciais, administrativas e de ensino e educação em saúde. As atividades assistenciais contemplam desde os procedimentos relacionados às funções privativas do enfermeiro, como passagem de sonda, curativos complexos, consulta de enfermagem, ACCR, e prescrição do cuidado de enfermagem, até os procedimentos comuns a

toda equipe de enfermagem como administração de medicamentos, coleta de exames e assistência de enfermagem direta ao paciente.

Fazemos a classificação de risco e ficamos responsáveis por todas as atividades técnicas da área de enfermagem privativa do enfermeiro, da assistência ao usuário, além de ser o responsável pelo plantão durante a atividade. (E12)

Em relação às atividades administrativas, o enfermeiro executa atividades, que são fundamentais para o bom andamento do serviço. São ações de coordenação e articulação, que integram setores, procedimentos e profissionais. Essa atividade de coordenação é revelada e valorizada, principalmente, à noite e nos finais de semana, quando a coordenação da UPA não está presente. O enfermeiro é aquele que organiza o serviço ao auxiliar os demais profissionais, supervisiona e coordena a equipe de enfermagem, providencia material e medicamentos e resolve todas as intercorrências que surgem durante o plantão.

É o enfermeiro que comunica à coordenação sempre que surge algum problema, como falta de funcionários, falta de materiais ou equipamentos, falta de luz e falta ou vazamento de água, porém na ausência da coordenação o enfermeiro é responsável em solucionar os problemas, que surgirem durante o seu plantão. Ainda, com relação às atividades administrativas, o enfermeiro é responsável pela elaboração da escala de atividades diárias de enfermagem e preenchimento do livro de ocorrência do plantão, onde são registrados todos os acontecimentos julgados importantes pelos enfermeiros.

No que se refere às atividades de ensino, o enfermeiro desenvolve ações de orientação à equipe de enfermagem, orientação e suporte às professoras dos grupos de estágio de escolas de cursos técnicos ou faculdades de enfermagem (que realizam atividades nas UPAs).

Com relação a atividades de educação em saúde, o enfermeiro realiza orientação ao usuário, quando o atendimento não é caracterizado como urgência ou emergência, orientação sobre qual é o objetivo da UPA e porque é resolutiva dentro das suas atribuições, orientação ao usuário a seguir acompanhamento de saúde na APS, orientação sobre os serviços realizados nas Unidades Básica em Saúde (UBS), de modo a disseminar as informações corretas e, consequentemente, contribuir para a organização do fluxo da RUE.

Na classificação de risco, o enfermeiro pode realizar, também, orientação ao usuário, o senhor será atendido, aqui, por um quadro agudo, mas depois do atendimento procure a unidade ou procura um outro local específico, ou o médico. Durante a consulta médica, os dois profissionais fazem essa orientação. (E12)

Os demais profissionais da UPA, também, desenvolvem atividades assistenciais, administrativas e de educação em saúde. Cada profissional desenvolve suas ações de acordo com o código de ética e do exercício legal de sua profissão. Entre algumas das atividades dos outros profissionais, os técnicos de enfermagem desenvolvem assistência direta ao paciente, acompanham os pacientes que são transferidos com a ambulância da UPA e auxiliam o enfermeiro na assistência e na organização do serviço como um todo.

Já os médicos prestam atendimentos aos usuários, fazem contato com outros pontos da rede para referenciar os usuários e, também, orientam os usuários quanto aos serviços prestados na UPA, às atribuições da APS e ressaltam aos usuários a importância em manter acompanhamento em sua UBS.

Especialmente, o ACCR é procedimento de responsabilidade do enfermeiro. É esse o profissional, que define o fluxo do usuário adulto dentro da UPA. O enfermeiro define quem terá prioridade no atendimento, permitindo que os pacientes mais graves possam ter prioridade no atendimento e, assim, uma assistência adequada no momento certo.

O enfermeiro na unidade de pronto atendimento começa com um papel fundamental, que é na classificação de risco de todo o usuário que chega à unidade, ou seja, de cada usuário é feita uma pré-consulta de enfermagem, onde são colhidos alguns dados, verificado os sinais vitais ou algum outro tipo de sinal e, com esse resultado, é colocado uma classificação para ele, junto com o tempo de espera, aqueles que devem ser atendidos na hora e aqueles que têm um tempo de atendimento um pouco maior que os demais. (E12)

Nas UPAS investigadas, o paciente é classificado de acordo com a gravidade da sua situação de saúde em azul, verde, amarelo e

vermelho. O vermelho é um caso de emergência, o amarelo é caso de urgência, o verde são intercorrências e os casos ambulatoriais são classificados em azul de acordo com o protocolo de classificação de risco do próprio do município. No entanto, com relação ao uso de protocolo para a realização do ACCR, não houve consenso entre os entrevistados. Os enfermeiros mencionam a utilização de protocolos diferentes (Ministério da Saúde, Belo Horizonte, do próprio município, Manchester adaptado ou outro protocolo que conhecem).

Após o ACCR, o enfermeiro não tem autonomia para encaminhar o paciente para outro ponto da rede, apenas orienta aqueles, que deveriam e poderiam ser atendidos na APS, ficando a critério do paciente aguardar consulta médica ou procurar a sua UBS. Nesse sentido, o enfermeiro cumpre um papel fundamental de educar a população, explicando qual é a função da UPA e como funciona o ACCR, bem como a justificativa da sua utilização no âmbito da saúde pública.

Alguns fatores dificultadores na adoção da prática do ACCR foram levantados pelos enfermeiros como falta de utilização de um protocolo único de ACCR por todos os enfermeiros, falta de padronização na classificação de risco, sobrecarga do enfermeiro durante o ACCR, pela alta demanda e pela necessidade de mais um enfermeiro realizando o ACCR e falta de treinamento para realização da classificação de risco nas UPAs.

O protocolo de classificação de risco fica a critério de quem está na classificação de risco. Assim, a gente tem um, no qual nós nos baseamos, mas há pessoas, que acabam passando por cima daquelas orientações e fazendo a classificação do seu jeito. (E21)

Outra questão apontada foi com relação à autonomia do enfermeiro no contexto das UPAs. O enfermeiro no ACCR tem plena autonomia para classificar o paciente, para avaliar qual a gravidade da situação de saúde e classificá-lo para aguardar conduta médica ou encaminhar, imediatamente, o paciente para atendimento médico, caso avalie ser necessário. Por outro lado, o enfermeiro não pode encaminhar o paciente para outro ponto da rede, nem mesmo os pacientes ambulatoriais, que poderiam ser atendidos na APS. Assim, todo o paciente deve passar por consulta médica após o ACCR.

A gente não tem autonomia para mandar ninguém embora, eu acho uma atuação muito limitada. Não temos autonomia para dizer: você está sendo encaminhado para o posto de saúde. Não, todos os pacientes são atendidos ali, então a gente não tem autonomia [...], nesse sentido de encaminhamento. (E1)

Todos os pacientes passam pela consulta médica, mas a gente orienta qual é o atendimento da UPA, que o mais adequado seria ele ir para o posto de saúde, ir para ortopedia, ir para outro atendimento. Porém, nós não temos nenhuma referencia formal para mandar... só orientação, orientação. (E3)

Os entrevistados mencionaram que faltam protocolos e ferramentas, da mesma forma como se tem na APS, para aumentar a autonomia dos enfermeiros na UPA. Para os entrevistados, o enfermeiro na UPA não é tão resolutivo como o enfermeiro da APS, sendo o enfermeiro uma “porta de passagem” no serviço, não podendo solucionar o problema do paciente, diretamente, no momento do acolhimento.

Eu sou pouco resolutiva no meu horário noturno, quem sabe durante o dia eu até... resolutiva de noite e nos finais de semana, porque eu não tenho a rede aberta durante esses horários. Então para mim, eu fico sem ferramenta. (E2)

Os enfermeiros das UPAs percebem-se como profissionais, que, além de desenvolverem atividades assistenciais, administrativas e de educação em saúde, são os responsáveis pelo plantão e pela equipe de enfermagem. Consideram-se os profissionais, que desenvolvem um trabalho vinculado ao trabalho do médico e que efetivam a articulação das ações de uma equipe que é multiprofissional.

Nas UPAs, o enfermeiro, também, apresenta-se como mediador de conflitos internos, entre profissionais e, também, com usuários. É o profissional solicitado para resolver problemas de toda ordem durante o plantão, justamente por ter essa característica profissional de assumir todas as tarefas, que não estão, claramente, definidas de quem é a responsabilidade em executá-las. Classificam-se como o profissional

centralizador, que faz de tudo, que é responsável por todas as demandas, desenvolvendo, assim, tarefas além daquelas inerentes a sua profissão.

Eu o vejo como um profissional, que faz todas as coisas inerentes à profissão, ou seja, tudo do seu exercício profissional e acaba fazendo aquelas coisas que não é de ninguém fazer, tipo assim, quem é que vai avisar que o oxigênio acabou? Não está escrito em lugar nenhum que é o enfermeiro, mas o técnico não faz, o médico não faz, o vigilante não faz... quem é que faz? O enfermeiro. Nós temos essa característica profissional: o que não é de ninguém é da gente né. (E5)

[...] e qualquer outra situação, que venha acontecer na UPA, toda a equipe vai procurar o enfermeiro para solucionar o problema. Então, o enfermeiro seria o centralizador. (E12)

Alguns enfermeiros entrevistados acreditam que as UPAs seguem o modelo médico centrado e o potencial do enfermeiro não é utilizado para organizar e agilizar o processo de trabalho na UPA. Por outro lado, outros entrevistados referem que é o enfermeiro, que comanda a equipe na UPA e desempenha todas as atividades próprias de sua profissão.

Discussão

As UPAs, onde foi desenvolvida a pesquisa, cumprem com os requisitos da PNAU, tanto no aspecto de estrutura física, quanto nos serviços oferecidos e composição da equipe multiprofissional (BRASIL, 2006). Cumprem, ainda, suas atribuições como componente da RUE, pois prestam atendimento aos pacientes com quadro agudo, prestam o primeiro atendimento aos pacientes cirúrgicos, estabilizam os pacientes mais graves, iniciam investigação diagnóstica, realizam encaminhamento para serviços de maior complexidade sempre que necessário, servem de retaguarda às UBS e trabalham com equipe multiprofissional (BRASIL, 2011b; 2006).

No entanto, um aspecto importante, levantado pelos enfermeiros entrevistados, foi a grande demanda de usuários com casos que não correspondem à urgência e à emergência. Esses atendimentos,

que poderiam ser acolhidos e atendidos na APS, causam sobrecarga da equipe de enfermagem e prejudicam o atendimento aos pacientes mais graves. No cenário de urgência e emergência, cabe ao enfermeiro planejar a realização do cuidado de enfermagem e organizar o trabalho da unidade (SANTOS et al., 2013).

São muitos os motivos pelos quais os usuários têm buscado os serviços de saúde, que trabalham com “porta-aberta”, entre eles: baixa resolubilidade e qualidade dos serviços, dificuldade de mudança nos hábitos culturais e algumas crenças da população. Dessa forma, os usuários procuram os serviços com maior possibilidade de entrada no sistema, procurando locais, que atendam de forma mais ágil e concentrada, o que ocorre nas UPAs (MARQUES; LIMA, 2007).

Orientar a população a não procurar os serviços de urgência em casos não graves, torna-se uma tarefa difícil, uma vez que são poucos os recursos oferecidos para resolução de situações agudas no cotidiano dos usuários. Ressalta-se que é o usuário que define qual serviço de saúde e onde usá-lo, de acordo com suas experiências, conhecimento dos serviços oferecidos e do contexto social, no qual está inserido (ABREU, PELEGRINI E MARQUES, 2012).

Dessa forma, seria necessário criar mecanismos que facilitem o acesso da população à APS, que estimulem os usuários do SUS a criar vínculo com a Equipe de Saúde da Família (ESF) de sua área de abrangência e, ainda, ferramentas que fomentem a educação da população com relação às competências da APS e da UPA, diferenciando-as.

Uma estratégia para aumentar o vínculo do usuário com a ESF seria o fortalecimento do acolhimento como ferramenta para solucionar o problema do usuário de forma humanizada, integral e resolutive. Ainda seria interessante elaborar materiais educativos para a população, descrevendo os papéis da APS e das UPAs, incluindo a explicação de como funciona o ACCR.

O acolhimento é a melhor ferramenta que APS possui para ouvir os usuários de sua área de abrangência, buscando solucionar os problemas de saúde de sua população, a fim de fortalecer o vínculo do usuário com a ESF, atender de forma integral o usuário e coordenar o cuidado. O acolhimento tem-se caracterizado como diretriz contributiva para a concretização dos princípios do SUS, tanto no processo de solidificação dos modelos de atenção à saúde, como também, na reorganização das práticas de cuidado e qualificação da assistência (GUERRERO et al., 2013).

Essas ações reduziriam a demanda das UPAs, propiciando maior disponibilidade de tempo para os atendimentos de urgência e emergência, e, consequentemente, elevando a qualidade da assistência oferecida. Vale ressaltar que a APS, como integrante da RUE, também, deve realizar o atendimento das urgências de baixa gravidade, acolhendo os pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura (BRASIL, 2006).

Para que a APS aproprie-se da atenção às urgências, é necessária uma reflexão com relação à resolubilidade, à organização e à estrutura dos serviços na ABS, investindo em profissionais capacitados e recursos materiais adequados para o atendimento de quadros agudos (SANTOS, et al., 2014).

No contexto da RUE, as UPAs contribuem, direcionando o fluxo de usuários na rede, servindo como retaguarda para APS e reduzindo o atendimento nos demais níveis de atenção à saúde, embora apresentem algumas dificuldades com relação ao processo interno de trabalho e de articulação com a RAS. Nos serviços de emergência, vários são os fatores que dificultam o trabalho da equipe, dentre eles a comunicação ineficaz entre os profissionais, ausência de triagem, falta de autonomia da equipe de enfermagem, ausência de protocolos, desconhecimento teórico-científico e sobrecarga de trabalho (SALLUM, 2010).

Corroborando com o estudo supracitado, os enfermeiros das UPAs, também, elencaram os principais fatores dificultadores em seu processo de trabalho como ausência de protocolo para normatizar a assistência na UPA, ausência de capacitações, falta de padronização das ações na rede e dos profissionais das UPAs e falta de planejamento e organização do serviço. Nesse contexto, alguns fatores podem facilitar o bom funcionamento do serviço de urgência e emergência como capacitação profissional, conhecimento teórico-científico da equipe, uso de protocolos, humanização, valorização do enfermeiro, trabalho em equipe, possuir recursos materiais e equipamentos e área física adequada (SALLUM, 2010).

Na RUE a articulação entre os serviços é fundamental para alcançar a assistência integral e de qualidade ao usuário. A integração dos serviços de saúde deve ter por finalidade melhorar a eficiência e a racionalidade do serviço, além disso, a integração tem como consequências positivas a economia de recursos, a expansão dos serviços, à melhoria no acesso e à diminuição da duplicidade de serviços sem necessidade (SANTOS; ANDRADE, 2011).

No entanto, nesse estudo, os entrevistados destacaram a deficiência de articulação entre a UPA com os demais componentes da RUE. Essa desintegração da rede poderia ser amenizada e superada por meio da criação de canais oficiais de comunicação entre os pontos da rede, maior integração da rede através de reuniões com o objetivo de definir fluxos e ferramentas formais de encaminhamentos dos usuários para os demais pontos de atenção.

Na equipe de enfermagem, o ACCR é um procedimento privativo do enfermeiro. Esse profissional deve ter conhecimento, competência e habilidades, que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (BRASIL, 2012). Salienta-se que o uso de protocolos universais de atendimento em saúde é fundamental para adequada assistência aos pacientes (SALLUM, 2010).

Um estudo realizado, em um serviço de emergência de um hospital público da rede estadual de saúde de Santa Catarina, apontou que o ACCR é uma ferramenta, que diminui a insatisfação dos clientes e dos profissionais. O ACCR organiza o processo de trabalho da unidade, uma vez que prioriza o atendimento dos pacientes mais graves, e dessa forma, proporciona maior segurança, estabilidade e controle da situação por parte dos profissionais, que atuam no serviço de emergência (NASCIMENTO et al., 2011).

Entretanto, é necessário padronizar critérios de priorização de atendimento, implementando roteiros para facilitar a avaliação dos pacientes, realização de treinamentos frequentes e, por fim, informação e orientação ao paciente (SIQUEIRA, 2010). Nas UPAs, onde foi desenvolvida a pesquisa, nota-se a necessidade de padronização no procedimento de ACCR, pois não houve consenso quanto à utilização de um único protocolo de classificação de risco. Foi sugestão dos enfermeiros a utilização de um único protocolo de ACCR a fim de padronizar o procedimento.

O enfermeiro contribui na organização do fluxo do usuário na UPA, uma vez que o ACCR é considerado uma ferramenta capaz de organizar o fluxo de atendimento e proporcionar uma assistência mais resolutiva e humanizada nas unidades de emergência. Ressalta-se que implantação do ACCR e a análise do impacto no número de consultas médicas contribuem com a reorganização do fluxo de atendimento dos usuários nos serviços de emergência (ROSSANEIS et al., 2011).

Outro aspecto destacado pelos entrevistados foi com relação à falta de autonomia do enfermeiro para encaminhar o usuário para outro ponto da rede, a partir do ACCR. Entretanto, o Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu a obrigatoriedade da implantação de um

sistema de classificação de risco nas UPAs, por meio do qual todos os pacientes, obrigatoriamente, devem ser atendidos por um médico, não podendo ser dispensados, ou encaminhados a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico (BRASIL, 2014b).

Em contrapartida, um estudo realizado em um hospital público de média complexidade no Estado do Paraná, revelou que o enfermeiro encaminha os pacientes classificados na cor azul para APS com um documento de referência. Esses encaminhamentos para a APS, realizados pelo enfermeiro no ACCR, reduziram, significativamente, o número de consultas médicas no serviço de emergência (ROSSANEIS et al., 2011).

Sendo assim, para aumentar a autonomia do enfermeiro na UPA, os entrevistados sugeriram criação de documentos oficiais específicos para a UPA, estabelecendo as atribuições de cada profissional, o fluxo do usuário na UPA, com a utilização de um protocolo único para o ACCR e instrumentos, que permitam ao enfermeiro referenciar o usuário ambulatorial para a APS.

Alguns fatores podem aumentar o grau de autonomia do enfermeiro como agregar o conhecimento e experiência única dos enfermeiros nos cuidados ao paciente, reconhecer o conhecimento de enfermagem como instrumento valioso para o cuidado, proporcionar a participação do enfermeiro nas decisões profissionais e organizacionais; e fortalecer a formação, base necessária para o desenvolvimento da autonomia profissional (WESTON, 2010).

O enfermeiro destaca-se como sendo o responsável pelo plantão, assumindo, muitas vezes, identidade de líder da equipe. O enfermeiro deve exercer a liderança tendo em vista que o ambiente da emergência exige domínio de conhecimento e rapidez de raciocínio para tomar decisões pertinentes ao diagnóstico. Porém, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades para tornar a liderança eficaz como: boa comunicação e relacionamento interpessoal, segurança na tomada de decisão e competência clínica (DALROT, 2007).

Na UPA, o enfermeiro foi citado como um grande coordenador e articulador do serviço e dos profissionais da equipe multidisciplinar. É o enfermeiro que executa a coordenação e delega atividades para equipe de enfermagem, decide junto com o médico a melhor conduta a ser tomada para cada paciente, interage e articula-se com a equipe multidisciplinar para implementar assistência integral aos pacientes. Para tanto, é necessário comprometimento profissional e constante atualização científica (DAROLT, 2007).

Diante desse contexto, o enfermeiro da UPA contribui para o funcionamento da RUE, favorecendo a organização do fluxo do usuário, permitindo que os usuários mais graves tenham prioridade no atendimento, através do ACCR. O enfermeiro realiza, constantemente, ações de educação em saúde junto aos usuários, a fim de disseminar as informações corretas e, conseqüentemente, contribuir para a organização do fluxo da RUE; e, ainda, proporciona articulação e coordenação do serviço, entre os setores, procedimentos e profissionais da equipe multiprofissional da UPA.

Conclusão

O presente estudo possibilitou conhecer a atuação do enfermeiro em Unidades de Pronto Atendimento para organização da RUE.

Constatou-se que as UPAs estudadas seguem as diretrizes legais da PNAU, da Resolução nº 443(2011a), que aprovou a conformação da RUE e da Portaria nº 104 (2014a), que redefiniu as diretrizes para implantação da UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência não hospitalares da RUE. Assim, as UPA cumprem com seu papel na RUE, seguindo o preconizado pelas legislações como: serviços oferecidos, estrutura física adequada, equipe multiprofissional e acolhendo os usuários nas 24 horas do dia.

Com relação à atuação do enfermeiro na UPA, foi destacada a falta de autonomia para encaminhar os usuários para outros pontos da rede, em especial para APS. Por outro lado, sob a ótica do enfermeiro, este profissional possui autonomia para desempenhar todas as demais atribuições inerentes à sua profissão, recebendo destaque como responsável pelo plantão e/ou líder da equipe da UPA.

O estudo demonstrou que os enfermeiros das UPAs necessitam do fortalecimento de ferramentas, que orientem seu trabalho nas UPAs, como a utilização de um protocolo único para o ACCR por todos os enfermeiros, podendo ser o protocolo elaborado pelo próprio município de Florianópolis. Dessa forma, suas atribuições ficariam formalizadas, a fim de definir papéis e padronizar o serviço prestado.

Diante do contexto exposto, ficou evidente a importância do enfermeiro na organização do serviço de emergência, seja na assistência direta ao usuário em estado crítico, realizando procedimentos de enfermagem de maior complexidade técnica, ou na organização do serviço como um todo, por meio da organização do fluxo do usuário na

UPA e da coordenação e articulação entre os profissionais e entre os serviços ofertados pela UPA.

Os resultados desse estudo contribuem para melhor compreensão da atuação do enfermeiro em UPA e, conseqüentemente, estimula a reflexão dos profissionais enfermeiros, gestores e academia, a fim de aprimorarem a prática de enfermagem em serviços de urgência e emergência e desenvolverem mecanismos, que explorem o potencial do profissional que compõe a equipe de saúde nas UPAs.

Serão necessários novos estudos a fim de continuar a compreensão da atuação dos enfermeiros em UPAs e de novas estratégias para o desenvolvimento de ferramentas palpáveis para auxiliar nas atividades desse profissional nas UPAs.

Referências

ABREU, KP; PELEGRINI, AHW; MARQUES, GQ; LIMA, MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2012 jun;vol.33, n.2, p.146-152. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20780>.

Acesso em: 30/12/2013.

ACOSTA, A.M; DURO, C.L.M; LIMA, M.A.DS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de Triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão

integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** [online].2012, v.33, n. 4, p.181-190. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023. Acesso em: 09/10/2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7498, de 26 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p.9273.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado,1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.01.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl.– 256 p – (Série E. Legislação de Saúde), Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 443, DE 9 DE JUNHO DE 2011. [Aprova a conformação da Rede de Urgência e Emergência \(RUE\)](#)

e a criação da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. Seção 1, p.69.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 423, de 09 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília, DF, 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 abr. 2012. Seção 1, p.195.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.342 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Ministério da Saúde, 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2013. Seção 1, p.47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2014. Seção 1, p.46.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília, DF, 2014b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 set. 2014. Seção 1, p.81.

DAROLT, C.F. **Concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência**. 2007, 102f. Tese (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

GUERRERO, P.; MELLO, A.L.S.F; ANDRADE, S.R; ERDMANN, A.L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2013, v.22, n.1, p. 132-140. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100016&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20/10/2014.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Demandas de Usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, n.15, v.1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf. Acesso: 19/06/2013.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Em Pauta - Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n.42, v.1, p.41-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>. Acesso: 19/06/2013.

MENDES, E.V. **Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. MG, 2007.56p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção á saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, DF, 2011.549p.

NASCIMENTO, E.R.P; HILSENDEGER, B.R; NETH, C; BELAVER, G.M;BERTONCELLO, K.C. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem..**Rev. Enferm.UERJ**, Rio de janeiro, n.19, v.1, p.84-88, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>. Acesso: 03/10/2014.

ROSSANEIS, M.A; HADDAD, M.C.L; BORSATO, F.G; VANNUCHIL, M.O; SENTONE, A.D.D. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [online.], v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011. Disponível em:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10182>. Acesso em: 09/10/ 2014.

SANTOS, L; ANDRADE, L.O.M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA,S.F.D. **Redes de Atenção Á Saúde no SUS**, 2.ed. São Paulo: Saberes, 2011. Parte. 1, p.35-66.

SANTOS, J.L.G; LIMA, M.A.D.S; PESTANA, A.L; GARLET, E.R; ERDMANN, A.L. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Revista Acta Paul Enferm.** [Internet], n.26, v.2, p.136-43, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200006. Acesso em: 07/10/2014.

SANTOS, J.L.G; PESTANA, A.L; HIGASHI, G.D.C; OLIVEIRA, R.J.T; CASSETTARI, S.S.R; ERDMANN, A.L. Contexto organizacional e gerência do cuidado pelos enfermeiros em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2014, v.35, n.4, 2014. Disponível em:

<file:///C:/Users/Administrator/Downloads/45221-214155-1-PB.pdf>.

Acesso em: 23/01/2015.

SALLUM, A.M.C. Estrutura Organizacional de um Serviço de Emergência. IN: SALLUM, A.M.C; PARANHOS,W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.2, p.15-24.

SILVA,S.F.Implementando o Pacto pela Saúde e aperfeiçoando as redes de atenção do SUS. In: SILVA,S.F.D. **Redes de Atenção Á Saúde no SUS**, 2.ed. São Paulo: Saberes, 2011. Parte. 1, p.15-20.

SILVA, DS; BERNARDES, A; GABRIEL,CS; ROCHA, FLR;CADANA, G.

A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de enfermagem** [Internet]. 2014, v.16, n.1, p.211-219, 2014. Disponível em:

http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf. Acesso em: /09/2014.

SIQUEIRA, I. L. C. P. Qualidade em Serviço de Emergência. IN: SALLUM, A.M.C; PARANHOS,W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.03, p.25-34.

WESTON, M.J. Strategies for Enhancing Autonomy and Control Over Nursing Practice. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing [Internet].v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Enhancing-Autonomy-and-Control-and-Practice.html>. Acesso: 06/10/2014.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o estudo atendeu aos objetivos propostos, tendo em vista que foi possível conhecer a atuação do enfermeiro em Unidades de Pronto Atendimento para organização da Rede de Atenção às Urgências e caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento, realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis no ano de 2013.

Os resultados revelaram que os usuários têm preferência em buscar atendimento no local mais próximo de sua residência. A grande demanda dos usuários atendidos nas UPAs era proveniente do mesmo Distrito Sanitário em que a UPA está localizada. O mesmo ocorreu com as cidades, estados e países, sempre os mais próximos da capital.

Percebeu-se que os principais motivos de buscas por atendimento nas UPAs não são caracterizados como urgência e emergência. São casos ambulatoriais, que poderiam ser acolhidos e resolvidos na APS, apontando uma descaracterização do papel das UPAs no município.

Assim, é necessário fortalecer a APS como um dos pontos da RUE como coordenadora da RAS. A APS precisa apropriar-se dos casos de urgências de menor densidade tecnológica, criando ferramentas, que facilitem o acesso do usuário na APS para casos não urgentes. A assistência à saúde na APS deve ser qualificada, não deve ser limitada ao número de vagas na agenda dos profissionais e o usuário deve ser acolhido e ter resposta à sua demanda.

São necessárias ferramentas, que facilitem o acesso dos usuários na APS, que auxiliem na absorção da demanda em saúde, que permitam o acolhimento humanizado, integral e resolutivo ao usuário em sua UBS de referência, que estimulem o estabelecimento de vínculo entre o usuário e a equipe de ESF.

Educar a população com relação aos objetivos de cada ponto da rede, esclarecendo as funções da APS e da UPA, contribui para melhoria dos fluxos do usuário no sistema de saúde. Uma estratégia seria a elaboração de materiais educativos informando quais as funções de cada ponto da RAS, e para as UPAs, um informativo orientando como funciona o ACCR.

Embora os enfermeiros das UPAs tenham levantado a questão da falta de autonomia no encaminhamento de usuários para os demais pontos da rede, pode-se caracterizar o enfermeiro da UPA como sendo um profissional autônomo em suas atividades diárias nas situações de urgência e emergência, uma vez que exerce, plenamente, sua atribuição

de classificar o usuário de acordo com sua gravidade, definir o fluxo do usuário dentro da UPA e, ainda, desempenhar todas as demais atividades inerentes à sua profissão, nesse contexto.

Estima-se que a criação de protocolos, que permitam que o enfermeiro encaminhe os usuários ambulatoriais para APS auxilie na redução da demanda de casos não urgentes nas UPAs e qualifique os atendimentos aos casos de urgência e emergência. O encaminhamento do usuário ambulatorial para APS, pelo enfermeiro durante o ACCR, combinado com a orientação ao usuário, explicando os objetivos de cada ponto da rede dissemina informações corretas e, conseqüentemente, contribui para a organização do fluxo da RUE.

O enfermeiro da UPA percebe-se como responsável pelo plantão e/ou líder da equipe multiprofissional da UPA. Assim, o presente estudo possibilita afirmar que o enfermeiro é peça importante na organização do serviço de urgência e emergência. É um profissional essencial para prestar assistência direta ao usuário em estado crítico, realizando procedimentos de enfermagem de maior complexidade técnica, na organização do serviço como um todo, através da organização do fluxo do usuário na UPA e, também, desenvolvendo atividades de coordenação e articulação entre os profissionais e entre os serviços ofertados pela UPA.

Entretanto, os enfermeiros das UPAs necessitam do fortalecimento de ferramentas de trabalho, através de documentos formais, que instrumentalizem a prática diária de trabalho. Esses profissionais precisam fortalecer o protocolo do município para o ACCR, necessitam de protocolos, que formalizem as atribuições de cada profissional na UPA, a fim de definir papéis e padronizar o serviço e a concretização de educação continuada para toda a equipe da UPA.

O enfermeiro pode ser chave fundamental para a articulação dos pontos da RUE. Seu potencial poderia ser mais explorado, seus conhecimentos mais valorizados e disseminados. É preciso mais espaços para discussão entre os enfermeiros e os profissionais da UPA com o objetivo de solucionar problemas, acalmar anseios da equipe e (re)organizar o processo de trabalho na unidade. Além disso, é fundamental que o enfermeiro esteja inserido nas demais reuniões da RAS, a fim de discutir e expor as verdadeiras diretrizes das UPAs, conhecer os objetivos dos outros pontos da RUE, e haver compartilhamento de saberes.

Com os resultados desse estudo, em relação à análise da demanda e do tipo de atendimento, realizado aos usuários das UPA, pretende-se proporcionar informações para o planejamento,

monitoramento e (re)estruturação dos serviços de saúde do município. Porém, novos estudos serão necessários para identificar com maior profundidade a opção do usuário em buscar atendimento ambulatorial na UPA e não na APS.

Os achados do estudo permitiram compreender melhor a atuação do enfermeiro nas UPAs, estimulando o potencial desse profissional, a sua participação como grande articulador da RUE, bem como a reflexão dos profissionais, dos gestores e da academia, a fim de aprimorar a prática de enfermagem nas UPAs. Sendo assim, essa pesquisa pretendeu colaborar, de forma relevante, na (re)estruturação do processo interno de trabalho nas UPAs e dos serviços municipais de saúde, corroborando, no âmbito da gestão do SUS, para o fortalecimento e a consolidação da Rede de Atenção às Urgência no município.

REFERÊNCIAS

ABREU, KP; PELEGRINI, AHW; MARQUES, GQ; LIMA, MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2012, vol.33, n.2, p.146-152. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20780>.

Acesso em: 30/12/2013.

ADRIAENSSENS, J; DE GUCHT, V; VAN DER DOEF, M; MAES, S. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *The Journal of Advanced Nursing*. 2011. Disponível em:

[file:///C:/Users/Administrator/Downloads/JAN%20-%20Adriaenssens%20Jef%20-%20burden%20of%20emergency%20care%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/JAN%20-%20Adriaenssens%20Jef%20-%20burden%20of%20emergency%20care%20(1).pdf).

%20Adriaenssens%20Jef%20-%20burden%20of%20emergency%20care%20(1).pdf.

Acesso em: 06/10/2014.

BAPTISTA, M.N; CAMPOS, D.C. **Metodologias de pesquisa em ciências**: Análises quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: LTC, 2010. 299p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARROS, D.M; SÁ, M.D.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [online]. 2010, vol.15, n.5, p. 2473-2482. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500022&script=sci_abstract&tlng=pt.

Acesso: 21/09/2013.

BEZERRA, F.N; SILVA, T.M; RAMOS, V.P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, 2012, vol.25, n.2, p.151-156. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900024&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso: 28/09/2013.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7498, de 26 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da

Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p.9273.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 1.451. Define a estrutura de prontos socorros públicos e privados que prestam atendimentos a situações de urgência-emergência. Brasília, DF, 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p.3666.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 479, DE 16 DE ABRIL DE 1999

Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e m Atendimento de Urgências e Emergências. Brasília, DF, 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 1999. Seção 1, p.79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048 de 05 de novembro de 2002: Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p.32.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl.– 256 p – (Série E. Legislação de Saúde), Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2922 de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, 2008. . **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 dez. 2008. Seção 1, p.66.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 1.ed - 56p - (Série B. Textos Básicos de Saúde), Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p.88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 443, DE 9 DE JUNHO DE 2011. Aprova a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a criação da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. Seção 1, p.69.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 423, de 09 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília, DF, 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 abr. 2012a. Seção 1, p.195.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 446, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.342 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não-hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h

ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Ministério da Saúde, 2013a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2013a. Seção 1, p.47.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1. ed. – 84 p – Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2014. Seção 1, p.46.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2077, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília, DF, 2014b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 set. 2014. Seção 1, p.80.

CALACHE, A.L.S.C; BIANCHI, E.R.F. Convivendo com o Estresse. IN: SALLUM, A.M.C; PARANHOS,W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.11, p.117-126.

CASSETTARI, S.S.R; SANTOS, J.L.G; OLIVEIRA, R.J.T; KLOCK, P; ERDMANN, A.L. Organização e Estruturação de uma Unidade de Pronto Atendimento para a Atenção às Urgências. . In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 64.: Porto Alegre, RS. **Anais do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Porto Alegre: PUC, 2012a, p.3061-3062.

CASSETTARI, S.S.R; SANTOS, J.L.G; OLIVEIRA, R.J.T; KLOCK, P; ERDMANN, A.L. Gerência do Cuidado em Unidade de Pronto Atendimento: Vislumbrando a Atuação do Enfermeiro em Busca de um Atendimento Diferenciado. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 64: Porto Alegre, RS. **Anais do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Porto Alegre: PUC, 2012b, p.3063-3064.

DAROLT, C.F. **Concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência**. 2007, 102f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

GARLET, ER; LIMA, MADS; SANTOS, JLG; MARQUES GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n.1, v. 18, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900004&script=sci_arttext&tlng=pt.r/pdf/tce/v18n2/09.pdf. - Acesso em: 13/08/2012.

GEHLEN, G.C. **A organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção de cuidados em unidades de pronto atendimento de Porto Alegre**. 2012. 110 f. Dissertação (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2013. 107p. 13ªed.

GOMIDE, M.F.S; PINTO, I.C; FIGUEIREDO, L.A.D. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, n.2, v. 25, 2012. Disponível em: - Acesso em: 28/09/2013.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Revista Saúde e sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MACHADO, C.V; SALVADOR, F.G, O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.3, p.519-28, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034->

89102011000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22/12/2013.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Em Pauta - Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n.42, v.1, p.41-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>. Acesso: 19/06/2013.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Demandas de Usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, n.15, v.1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf. Acesso: 19/06/2013.

MENDES, E.V. **Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. MG, 2007.56p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção á saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, DF, 2011.549p.

MENDES, E.V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária á saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, DF, 2012.512p.

OHARA R; MELO MRAC; LAUS AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n.05, v.63 , 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-1672010000500009&script=sci_arttext. Acesso: 30/12/2013.

OLIVEIRA, R. J.T.; SANTOS, J.L.G.; CASSETTARI, S.S.R.; K, P.; ERDMANN, A.L. (RE) Organizando o Fluxo de Atendimento e o Processo Assistencial como Estratégia para Gerência do Cuidado em Unidade de Pronto Atendimento. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 64.: Porto Alegre, RS. **Anais do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Porto Alegre: PUC, 2012a, p.2459-2460.

OLIVEIRA, R. J.T.; SANTOS, J.L.G.; CASSETTARI, S.S.R.; KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Aspectos Obstaculizadores da Gerência do Cuidado em Unidades de Pronto Atendimento. . In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 64.: Porto Alegre, RS. **Anais do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Porto Alegre: PUC, 2012b, p.2461-2462.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. / Organização Mundial da Saúde. **A atenção à Saúde coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção à Saúde no SUS – Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2010, 100p.

PIRES, P.D.S. A Triagem no Pronto-Socorro. IN: SALLUM, A.M.C; PARANHOS,W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.4, p.35-44.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p. 7ªed.

SALEH, C.M.R. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Pronto-Socorro. IN: SALLUM, A.M.C; PARANHOS,W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.5, p.45-56.

SALLUM, A.M.C. Estrutura Organizacional de um Serviço de Emergência. IN: SALLUM, A.M.C; PARANHOS,W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.2, p.15-24.

SANTOS JLG, GEHLEN GC, WEIS AH, GARLET ER, LIMA MADS. Nursing practice in emergency care: systematic review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, n.8, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1243>. Acesso em: 20/12/2009.

SANTOS, L.O que são redes? In: SILVA,S.F.D. **Redes de Atenção À Saúde no SUS**, 2.ed. São Paulo: Saberes, 2011. Parte. 1, p.29-34.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA,S.F.D. **Redes de Atenção À Saúde no SUS**, 2.ed. São Paulo: Saberes, 2011a. Parte. 1, p.23-28.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA,S.F.D. **Redes de Atenção À Saúde no SUS**, 2.ed. São Paulo: Saberes, 2011b. Parte. 1, p.35-66.

SANTOS, J. L. G.; OLIVEIRA, R. J. T.; CASSETTARI, S. S. R.; KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Gerenciando o Cuidado de Enfermagem e Saúde em Unidades de Pronto Atendimento. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 64.: Porto Alegre, RS. **Anais do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Porto Alegre: PUC, 2012, p.2107-2108.

SIQUEIRA, I. L. C. P. Qualidade em Serviço de Emergência. IN: SALLUM, A.M.C; PARANHOS,W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap.03, p.25-34.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC.
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – PEN. Instrução Normativa n. 10 de 15 de Junho de 2011: Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

Entrevista nº: _____

PARTE I – Dados socioprofissionais

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: () M () F
3. Tempo de atuação na UPA:
4. Experiência anterior em emergência:
5. Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre
() Doutor

Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área.

PARTE II – Questões

1. Fale como é a sua atuação, como enfermeiro, nesta UPA? Quais suas atribuições?
2. Como sua atuação, como enfermeiro de UPA, contribui para a organização do fluxo de usuários da Rede de Atenção às Urgências?
3. Quais de suas atividades diárias contribuem para a organização do fluxo das Redes de Atenção às Urgências?
4. Como se dá a articulação da UPA com os demais pontos da Rede de Atenção às Urgências, quando necessário? Ex: Atenção Básica, Hospitais, Samu, Vigilâncias, entre outros pontos da Rede?
5. Gostaria de acrescentar mais alguma questão, que não foi contemplada durante a entrevista?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Sonia da Silva Reis Cassettari, enfermeira mestranda da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela professora Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO”**, que atenderá à resolução CNS 466/12. A pesquisa tem como objetivo geral: Compreender a atuação dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento e suas contribuições para a organização da Rede de Atenção às Urgências. E como objetivos específicos: Conhecer a atuação do enfermeiro em Unidades de Pronto Atendimento para organização da Rede de Atenção às Urgências e Caracterizar a demanda de usuários e o tipo de atendimento, realizado em Unidades de Pronto Atendimento de uma Capital do Sul do Brasil no ano de 2013.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação, na pesquisa, ocorrerá por meio de uma entrevista, que será gravada e, posteriormente, transcrita. Após a transcrição das entrevistas, as mesmas serão apagadas e as transcrições ficarão sob posse da pesquisadora em meio digital por cinco anos.

Informo que sua participação é voluntária e sem retorno financeiro. Gostaria de esclarecer que, para algumas pessoas, realizar entrevistas referente à sua rotina de trabalho pode causar desconforto ou constrangimento, dessa forma, a pesquisadora compromete-se a fornecer o suporte emocional e, caso seja necessário, encaminhá-lo a um serviço de referência da rede pública de saúde. Sua participação na pesquisa poderá contribuir para a melhor compreensão da atuação do enfermeiro na organização da Rede de Atenção às Urgências a partir de uma

unidade de pronto atendimento e, posteriormente, poderá resultar em melhorias na organização desse fluxo.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e da instituição a qual pertence. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, prosseguir ou não com a entrevista e/ou retirar o seu consentimento a qualquer momento. Caso aceite participar da pesquisa, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, uma ficará com o pesquisador, e a outra ficará com o entrevistado para que possa ter informações referentes à pesquisa. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Qualquer dúvida em relação à pesquisa poderá ser obtida através do contato com a pesquisadora principal através do e-mail soninhareis@gmail.com, ou com a pesquisadora responsável pelo e-mail alfm@terra.com.br.

Contato do Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – CEPESH/UFSC - (48)3721-9206 e e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, compreender que a pesquisa atenderá à resolução 466/12, concordo com a minha inclusão na pesquisa intitulada “**REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**”. Declaro ainda, que fui esclarecido sobre os objetivos e métodos da pesquisa, bem como do direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo. Autorizo o uso do gravador para o registro da entrevista e, posterior transcrição.

Nome completo do participante: _____

RG: _____

Assinatura da participante:

Florianópolis, ____/____/____

Mda Sonia da S. Reis Cassettari

Pesquisadora Principal

Prof. Dr^a Ana Lúcia Schaefer
Ferreira de Mello

Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: UM ESTUDO A PARTIR DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24926813.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.152

Data da Relatoria: 10/02/2014

Apresentação do Projeto:

"ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: UM ESTUDO A PARTIR DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO". Trata-se de uma pesquisa de caráter misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo descritivo e analítico. Para a análise quantitativa dos dados será utilizada estatística descritiva e para análise qualitativa dos dados será utilizada análise de conteúdo de Bardin. O estudo será realizado nas duas Unidades de Pronto Atendimento de uma capital do Sul do Brasil, que serão chamadas de UPA A e UPA B. Os participantes da pesquisa serão enfermeiros que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento de uma capital do Sul do Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é compreender a atuação dos enfermeiros para a organização da Rede de Atenção às Urgências a partir de Unidades de Pronto Atendimento. Secundariamente: 1) conhecer a demanda de usuários das Unidades de Pronto Atendimento de uma capital do Sul do Brasil, bem como a organização do fluxo dos usuários na Rede de Atenção às Urgências; 2) compreender o significado da Rede de Atenção às Urgências sob a perspectiva dos enfermeiros de Unidades de Pronto Atendimento; 3) compreender a atuação dos enfermeiros para a organização do fluxo de usuários na perspectiva da Rede de Atenção às Urgências.

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 526.152

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras para algumas pessoas realizar entrevistas referente à sua rotina de trabalho pode causar desconforto ou constrangimento. Como benefícios a pesquisa contribuirá para a melhor compreensão da atuação do enfermeiro na organização da Rede de Atenção às Urgências a partir de uma unidade de pronto atendimento e posteriormente poderá resultar em melhorias na organização desse fluxo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFSC, uma pesquisa de caráter misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo descritivo e analítico. Para a análise quantitativa dos dados será utilizada estatística descritiva e para análise qualitativa dos dados será utilizada análise de conteúdo de Bardin. O estudo será realizado nas duas Unidades de Pronto Atendimento de uma capital do sul do Brasil que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento de uma capital do Sul do Brasil. Durante a coleta e concomitante análise dos dados poderá haver a necessidade de realizar entrevistas com os demais profissionais da equipe de enfermagem das UPAs, os critérios de inclusão serão os mesmos estabelecidos para o grupo inicial de enfermeiros. A coleta dos dados quantitativa será realizada com base em fontes secundárias obtidas através de informações dos relatórios gerenciais do Info Saúde e análise documental. Já os dados qualitativos serão obtidos através de fonte primária, coletados por meio de entrevista aberta com roteiro semi-estruturado. O projeto tem relevância científica, a documentação está completa e o TCLE atende a Resolução CNS nº466/12 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 526.152

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 10 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)